ادارة الجودة الشاملة
في
المستشفيات

الدكتورة
إحسان إبراهيم الله جابو إبراهيم

دار الجنان للنشر والتوزيع

ادارة الجودة الشاملة
في
المستشفيات

الدكتورة
إحسان إبراهيم الله جابو إبراهيم

حقوق الطبع محفوظة
الطبعة الأولى
2009
الطبعة العربية الاولى
اخراج وتدقيق: دار الجنان
المركز الرئيسي(التوزيع - المكتبة)
هاتف0096264659891
00962796295457 - 00962795747460
ص. ب 927486 الرمز البريدي 11190 عمان

مكتب السودان
الخرطوم
هاتف 00249918064984

dar_jenan@yahoo.com e-mail:

الاهداء

إلى روح والدي الطاهرة

إلى والدتي المربية الكريمة

وإخواني وأخواتي

إلى أساتذتي الذين أضاءوا لي طريق العلم

في جميع مراحلي التعليمية

إلى زميلاتي وزملائي الأفاضل

شكر وعرفان

الحمد والشكر لله جل جلاله وتقدست أسماؤه الذي أفاض علـــي بنعمه حتى إكتملت الدراسة. وأتقدم بالتحية لجامعـــة الســـودان للعلوم والتكنلوجيا التي أتاحت لي تقديم هــذه الدراســة. كمــا يسرني أن أتقدم بالشكر والتقدير إلى البروفيسور د.محمد حسن حافظ بكلية الدراســات التجاريــة بجامعـــة الســـودان للعلـــوم والتكنولوجيا الذي أفادني بعلمه الدافق فقد ظل يشرف ويوجـــه بكل صبر وتفان خلال فترة إشرافه على هذه الدراسة.

كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى جميـــع الأطبـــاء والسســـترات والفنيين والممرضين والإداريين والتخصصات الأخرى للإقتطاع من وقتهم لملء الإستبانة مما كان لإجابتهم أبلغ الأثر للخـــروج بمعطيات هامة أفادت هذه الدراسة.

والشكر والتقدير للدكتور عبدالرحيم سفيان بكلية اللغات قســـم اللغة العربية والأستاذ هنري مارينو بقسم اللغة الإنجليزية.

والشكر إلى كل من ساهم في نجاح هذه الدراسة مـــن الإخـــوة والأخوات والأهل والصديقات بالنصح والتوجيه والتعاون.

فهرس المحتويات

الباب الأول
الإطار النظري للدراسة

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

الملخص باللغة العربية

أثر الدوافع على تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة والعامة في السودان للفترة من 1995 إلى 2000م

هدفت هذه الدراسة إلى توضيح أهمية تطبيق الجودة الشاملة في قطاع المستشفيات العامة والخاصة بالسودان، حيث تعتبر إدارتها من أهم الإدارات التي تعمل للحفاظ على صحة المجتمع. فالإدارة الجيدة تسعى لوضع الخطط المراد تحقيقها، وهي المنظمة لجميع وحدات النشاط خلال تنظيم يمنع التباين في العمل أو الإزدواجية فيه، وبالتالي لزم التعرف على كيفية تطبيق الجودة على المستشفيات بالسودان بمعيار قياسي. فقد تكونت أدوات الدراسة من إستبانة إحتوت على (جودة الإدارة، رضا العميل((المريض))، إحتياجات العاملين، المنافسة بين المستشفيات الخاصة والعامة). وتم إختبار عينة الدراسة العشوائية لمجتمع الدراسة من عدد ست مستشفيات عامة وخاصة بالخرطوم العاصمة وهي: -

	المستشفيات العامة		المستشفيات الخاصة
1	مستشفى الخرطوم التعليمي	1	مستشفى ساهرون
2	مستشفى الخرطوم بحري التعليمي	2	مستشفى إبن خلدون
3	مستشفى أم درمان التعليمي	3	مستشفى النيل الأزرق بأم درمان
4	كلية الطب – جامعة الخرطوم		

وقد وزعت عدد (160) إستبانة على عينة الدراسة حيث شملت الكوادر المختلفة العاملة بإدارا المستشفيات آنفة الذكر بالخرطوم، وتم إسترجاع عدد (119) إستبانة.

وقد قامت الدراسة بإستخدام بعض الأساليب الإحصائية لتحليل البيانات كبرنامج (SPSS) Static Package Social Science للتحليل الإحصائي.

وأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة تتجلى في الآتي: -

- **تقيس المستشفيات بالسودان أداء العاملين بمفهوم تطبيق الجودة الشاملة عن طريق الرقابة المستمرة ومراقبة أداء العاملين الفعلي في لإنجاز الأعمال بأحسن وجه يمكن تنفيذه حتى ينال الفرد ما يحققه له من أجر أو ترقية أو زيادة في الأجور المادية أو المعنوية.**
- **توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إلتزام المستشفيات السودانية بأسس إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للآيزو 9000.**
- **أظهرت الدراسة بأن عالم التقنية الحديثة سيساعد المستشفيات السودانية إلى مواكبة رؤى وثقافة تطبيق الجودة الشاملة.**

وفي ضوء نتائج الدراسة أوصت الباحثة بعدة توصيات كان أهمها: -

- **تبني أسلوب التغيير المرتبط بمفهوم الجودة الشاملة بشكل عام في المستشفيات السودانية. بحيث يتم التنسيق والترابط بين المستشفيات العامة والخاصة في مجال الخبرات وإثراء البحوث الطبية وذلك لمعالجة القصور والسلبيات.**
- **الإرتقاء بأساليب الإختيار والتعيين والتدريب لجميع فئات الكادر الطبي بالمستشفيات السودانية.**
- **وضع خطط إستراتيجية يراعى فيها تطبيق العدل والمساواة في منح مخصصات الإدارة العليا والوسطى تطلعاً لجودة مرتقبة.**
- **أهمية ترسيخ مبدأ التعاون والمنافسة بين مستشفيات القطاع العام والخاص، بالإضافة إلى تطبيق الجودة الشاملة في إطار توزيع الدواء.**

ABSTRACT

The effect of motivation in attaining total quality in private & public hospitals in Sudan as from 1995 to 2002

This study aims at high ling the importance of total quality management in both private & public hospitals. The total quality management (TQM) is one of the most important departments, it strive to preserve the community health. Good management seeks to draw up plans that are to be realized. It organizes all the activities within the organization to avoid overlapping of duties & responsibilities. As such as there is a need to know how to apply total quality management in Sudanese hospitals by using standardized scale.

The study has designed questionnaires containing: quality administration, customer satisfaction "patient" employees, needs, inter-hospital competition in both private & public hospitals.

However the study sample has been chosen randomly from six hospitals, both private & public hospitals, within Khartoum state as follows:

No.	Public Hospitals	No.	Private Hospitals
1	Khartoum Teaching Hospital	1	Sahiron Hospital
2	Khartoum North Teaching Hospital	2	Ibn Khaldoun Hospital
3	Omdurman Teaching Hospital	3	Blue Nile Hospital, Omdurman
4	School of Medicine, University of Khartoum		

(160) questionnaires were distributed to employees in various hospital units in Khartoum and (119) questionnaires have been collected.

The research has adopted the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for data analysis.

<u>The study has come up with the following results:</u>

The application of total quality management (TQM) is used for measuring employee's performance in carrying out their duties smoothly. This can be applied so that individual can obtain what he deserves such as wage, promotion or an increase in wages or boosting morale.

There is significant relationship between Sudanese hospitals adherence to principles of total quality management.

The study has shown that the use of modern technology has helped Sudanese hospitals to cope up with the application of customer's satisfaction.

In the light of the above results, the following recommendations have been presented more importantly are:

- **To adopt dynamic approach in regard to concept of total quality management (TQM) in Sudanese hospitals as a whole, and also to coordinate between private & public hospitals as regards to experience and medical research.**

- **To promote selection, appointment and training methods of all the medical personnel in Sudanese hospitals.**
- **To draw up strategies (plans) that take into account justice and equality as regards to allowances given to top and middle management.**
- **There is a need to establish the concept of cooperation ad competition in public as well as private hospitals, in addition to application of total quality management in the distribution of drugs.**

Ihsan Ibrahim
Researcher

المقدمة

تمهيد:

تعمل الجودة عل ى ضبط الأداء الداخلي والخارجي للمنشأة من خـــلال وســـائل متعددة ذات كفاءة وفعالية، أهمها توفر المعلومات وإنسيابها داخل جميع إدارات المنشأة مع التنسيق والتعاون لتأكيد الإنجاز وتدفق الأعمال وتحليل النتائج، مما يؤدي إلى تطبيق الجودة. بالإضافة إلى التكيز في التأثير على العاملين بأنهم محور هام في عملية الإنتـــاج حيث توضح مصادر الأعمال بأن أكثر من **80%** من مشاكل الجودة ترتبط مباشرة بالعملية الإنتاجية ومن ثم يتطلب تصميم المعدات بطريقة جيدة تتناســـب مـــع ســـير العملية.

وبالتالي فإن الجهد الذي يبذله الأفراد يعمل على رفع الروح المعنوية بنـــهم مهـــرة وتستحق جهودهم التقدير والمكافأة. فالقوى العاملة المدربة تسهم بصورة جيـــدة في تسيير العمل، ومن ثم تنمية الإقتصاد وتقدمه.

هذه الدراسة إهتمت بترقية العمل بالمستشفيات السودانية لأن إدارة المستشـــفيات من أهم المحاور التي تساعد على تنمية إقتصاد الدولة، حيث تعمل للمحافظـــة علـــى صحة الموارد البشرية وإستمرارية تعاقب أجيال أصحاء يعملون على دفع آلية الإنتاج. وبالتالي تبرز أهمية توضيح أثر الدوافع على تحقيق الجودة الشاملةفي المستشفيات العامة والخاصة. وتتميز الإدارة بأنها عملية تنسيق وتوحيد للجهود تطلعاً للوصول إلى أهداف معينة. ولقد إختلف العلماء في آرائهم حول الإدارة فمنهم من وصـــفها بأنهـــا فـــن، وآخرون أشاروا بأنها علم. أما الذين قالوا إن الإدارة فن فقد كانت إفادتهم بأنه مثلما يحتاج الفنان إلى مواهب فنية وصور تعبيرية يعبر بها عن فنه، كذلك تحتـــاج الإدارة إلى ذلك. وعليه وعلى فبالرغم من أن الإدارة أنجزت الجزء الأعظم منها علميـــاً لإلا أن الجزء المتبقي هو فن، فمثلما تخصص كل شخص في مجال عمل يؤهله لتأديته بكفـــاءة

وفعالية مثل الأطباء، المهندسين، المحاسبين، المحامين والإعلاميين، كما أن هنالك بعــض المهن التي تنطبق عليها صفة الفن قبل العلم مثل الصناعات اليدوية.

فالإدارة نشاط إنساني يتطلب القيام به من خلال محاور هامــة تشــمل التخطــيط والتنظيم وصنع القرار والقيادة والرقابة. وتأتي أهمية الإدارة بأنها عمل يســاهم فيــه مجموعة من الأفراد لتحقيق هدف المنظمة. ويتفق القطاع العام للإدارة والقطاع الخاص لإدارة الأعمال بأن القطاعين يهدفان إلى خدمة المجتمع.

بينما يلاحظ أن غالبية الدول الإفريقية تعاني من مشاكل التنمية كــالفقر والجهــل والذي يؤدي إلى عدم توازن البنية التحتية للعمال، مما يساعد على تفــاقم مشــكلة البطالة ومن ثم الجوع، والتلوث والمرض مما يقود إلى تعطيل مشاريع التنمية.

كما نجد أن إدارة المستشفيات تملك الفرصة والقدرة لكي تلعب دوراً بارزاً في رفع معدلات النمووالتطور بإستخدام مفهــوم الجــودة الشــاملة **Total Quality Management (TQM)** لتطبيقها في المستشفيات على القطاع العام والخاص. وذلك من خلال تدريب الكوادر المختلفة وتأهيلا حتى تستطيع أن تنجز العملالمنــوط به إليهما بكفاءة وفعالية، مما يبين أثر الدوافع على تحقيق الجودةالشاملة.

وجاء في تقرير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي عن التنمية البشريةلعام **2002**م أنــه بحلول الألفية الثالثة ستنشر الكثير من الكتب والدوريات عن التطــور المضــطرد في مجالالطب. وأعتقد أن منظمة الصحة العالمية، هذه الوكالة المتخصصة تتعهــد عــدداً كبيراً من سلاسل البيانات عن قضايا الصحة وهي مصادر المؤشرات المتعلقة بالصــحة المستخدمة في تقرير التنمية البشرية **(1)**.

مشكلة الدراسة:

الجودة الشاملة صارت تمثل عنصراً هاماً في قياس معاييرالإدارة، وبالتالي أصبح مــن الضروري أن تسعى إدارة القطاع العام والخاص التجاري بتطبيق عناصر برنامج إدارة الجودة الشاملة.

فالقطاع التجاري والصناعي ظل غير ملتزم في الكثير من المراحل الإدارية بتطبيــــق الجودة وقد إنعكس ذلك على الإنتاج والإنتاجية وخاصة قطاهع الخدمات الذي يقدم خدمة مباشرة للعملاء، إن عدم إلتزام الإداريين بطبيق الجودة يؤدي إلى إنهاء العمـــر الإتراضي للمنظمة. علماً بأن المؤسسات والمنظمات ومجموعات العمل المختلفة تمثـــل دعامات الإقتصاد الوطني.

أظهرت مشكلة الدراسة أن السودان يزخر بموارد متعددة وتلك الموارد تحتـــاج إلى أيدي عاملة قوية وجسم سليم معافى، وبما أن المستشفيات هي المسئولة عن المحافظـــة على صحة الأفراد فقد جاءت هذه الدراسة بعنوان أثر الدوافع على تحقيـــق الجـــودة الشاملة في المستشفيات بالقطاعين العام والخاص وهو المدخل الذي من خلاله تستطيع المستشفيات أن تتطور بواسطة الإدارة النشطة الفعالة التي تضع خطة إستراتيجية تعمل على تطبيق أسس ومحاور الجودة الشاملة.

وبالتالي تسعى هذه الدراسة لدفع المستشفيات السودانية لإختيـــار إســـتراتيجيات العمل عن طريق الدراسات التي تصل إليها عبر الباحثين والمناديبالتابعين لوزارة الصحة ويتم تداول تلك الدراسات من قبل الإدارة لتقييم ومعرفة مدى إستراتيجيتها لإختيار بديل من عدة بدائل، وهو إختيار حاضر لسلوك مستقبلي لمجموعة مـــن التصـــرفات والأنشطة البديلة المبرمجة ضمن إستراتيجية وزارة الصحة، وتتصف الإستراتيجيات بأن تكون: -

1. قابلة للتحقيق.
2. قابلة للقياس.
3. مثيرة للتحدي.
4. معقولة بحيث تحقق إنتاجية عالية.
5. مع وضع الإفتراضات الزمنية من حيثالتقلبات الداخلية والخارجية.

6. على أن تضع وزارة الصحة الإفتراضات المستقبلية بإختيار البدائل الإستراتيجية.
7. أن تعمل المستشفيات على تطوير البدائل المرتبطة بمعايير الجودة الشاملة.
8. وأخيراً مرحلة تقييم البدائل الإستراتيجية.

فالإدارة تعمل على توأمة العمل مع الآخرين لتحقيق الأهداف في إطار الإستراتيجيات المخططة.

لقد تميزت مشكلةالدراسة بأن أشارت إلى أهمية الإهتمام بالعاملين والكفاءة الإنتاجية وهي إحدى مؤشرات الجودة الشاملة. وقد جاء في "دوة الإدارة والتغيير" المنعقدة بوساطة جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا بالتسيق مع وزارة العمل والإصلاح الإداري بتاريخ 30 أبريل 2002م في إطار "التطوير التنظيمي" بأن السنوات الأخيرة قد شهدت جهوداً مكثفة تناولت البحث والدراسة والتغيير لإتجاهات المجتمعات وقيمها ومعتقداها حول العمل والعاملين وعلاقتهم مع المؤسسات التي يعملون فيها بصورة ليس لها مثيل منذ الثورة الصناعية. وفي إحدى التقارير الحديثة بعنوان (العمل في أمريكا) وهو تقرير قامت بإعداده مجموعة عمل خاصة لوزيري الصحة والتعليم للتعبير عن الوضع كالتالي: -

"إن العمل يعتبر أمراً جوهرياً لحياة الكثير من الأمريكيين فإن العوامل التي خلقت أوضاعاً غير محتملة قد تكون عدم وجود عمل فعلي أو التوظيف لأداء عمل غير معني. مما أدى إلى نفور العاملين وبعدهم عن المؤسسات التي يعملون بها. والخطوة الأولى لتحقيق الأهداف المرتبطة بذلك الأمر هي الإلتزام من جانب واضعي سياسة التنظيم في المؤسسات التجارية والحكومية بتحسين نوعية الحياة العملية في أمريكا" (2). إن هذا الوضع لا يختص فقط بالعاملين في أمريكا .. بل يتعدى تلك الحدود لكل المؤسسات في العالم والتي أصبحت أصبحت الآن في وضع يتطلب منها إكساب المهارات اللازمة لمواجهة مسولية إدارة العنصر البشري والتي تستوجب تفهماً لأوجه العلاقة المعقدة

والمتغيرة دوماً للسلوك البشري في المؤسسات. إن حركة التغـــيير المحسوســـة وغـــير المحسوسة للسلوك البشري كبيرة جداً، ولا يجوز إطلاقاً إفتراض أن ما كـــان يحكـــم إنسان الأمس هو بالضرورة ما يحكم إنسان اليوم الـــذي يتشـــكل ســـلوكه وفقـــاً للمتغيرات حوله. إن العمل بموجب ذلك الإفتراض يؤدي إلى تدهور المؤسســـات في وضع إزدادت فيه حدة التنافس في كل القطاعات وأصبحت الفاعلية الفرديـــة هـــي مفتاح التفوق والوجود التنظيمي، علماً بأن التنظيم يمثل مرتكزاً أساسياً في تطور خدمة المستشفيات من خلال تطبيق مبادئ الجودة الشاملة.

فالتنظيم عنصر فعال يعمل على دفع عجلة الإنتاج، ومثله مثل الأساليب الأخـــرى التي تتعلق بالممارسات الإدارية. فهو مجرد مجهود طويل المدى لإحداث التغيير المبرمج والمخطط يشارك فيه جميع أعضاء التنظيم، برنامج التطوير التنظيمي يعمل كوحدة لها كيانها الخاص داخل المؤسسة.

هدف التطوير هو زيادة الفاعلية التنظيمية وتفصيل أنشطة المنظمة والعمـــل علـــى التغيير بتطبيق الجودة الشاملة.

إن الإستراتيجية الأساسية للتطوير التنظيمي هي التدخل والمارســـات التنظيميـــة السائدة، وطرح خيارات بديلة مستندة على مرتكز علمي.

لقد تميزت مشكلة الدراسة بأنها تسعى لإيجاد الحلول التي تدفع ســـلبيات ممارســـة إدارة الأعمال إلى إيجابيات ممتدة، لكي تتواءم مع مفاهيم وأســـس الســـلوك الإداري المرتبط بمفهوم تطبيق الجودة الشاملة.

أهدا ف الدراسة:

لقد صارت الجودة منالمتطلبات الأساسية لكل تنظيم يعمل في إطارالخدمات. وهذه الدراسة تهدف إلى تطوير الخدمة بتطبيق الجودة الشاملة هعلى أهم قطاع يعمل علـــى رضا المجتمع وزيادة معدل الإنتاج. ويتم هذا المطلب عن طريق العدل والمساواة والذي يشمل الأجور والترقيات والتدريب والحقوق الإنسانية.

هنالك عوامل إيجابية أفرزتها العولمة وهي مسئولية الإدارة المتمثلة في تحديد سلسلة للجودة وإعلان إلتزامها وتأكيد لمفاهيم الجودة. والعمل على نشرها وتعميمها لتشمل كل مستويات المنظمة.

كذلك يتضمن هذا الشرط ترتيب الإدارة للتنظيم الفعال لوظيفة الجودة بتحديد السلطات والمسئوليات وتهيئة الموارد والإمكانيات اللازمة لإمكان تطبيق نظام الجودة تطبيقاً فعالاً. وتأتي سياسة الجودة في نطاق متناسق مع أهدافالمنظمة من ناحية ورغبات المستهلكين من ناحية أخرى(3).

وبالتالي شملت أهداف الدراسة المحاور الآتية: -

1. ترقية العمل بالمستشفيات بالعاصمة والمدن والقرى عن طريق التعرف على أسس الجودة الشاملة.
2. تدريب القوى العاملة بالمستشفيات لدراسة أثر الدوافع على تحقيق الجودة الشاملة بالمستشفيات الخاصة والعامة بالسودان.
3. النهوض بقطاع الصحة في السودان.

أهمية الدراسة:

برزت أهمية الدراسة بأنها تمثل رؤى حديثة تؤدي إلى تحسين الأداء والخدمات في المجال الصحي في السودان والذي يتأثر كثيراً بالمشاكل السكانية.

يلاحظ أن السودان أكبر الدول الإفريقية مساحة وهي 2. كلم مربع، ويمتد من خط عرض 3. درجة إلى 23 ردجة شمالاً وخط طول 18.5 شرقاً.

تم إجراء آخر تعداد بالبلاد عام 1993م وكان تعداد السكان 22.6 مليون نسمة بحساب معدل النمو السنوي 2.63%.

ويشهد النمو السكاني تزايداً مضطرداً نتيجة للإرتفاع الكبير في معدل المواليد الخام (37.8) والإنخفاض في معدل الفيات الخام (11.5) لكل ألف من السكان.

هذا الوضع في الزيادة غير المتوازنة في السكان أدى إلى خلل في الهرم الشكل الهرمي السكاني إذ تبلغ نسبة الأطفال أقل من عمر خمس سنوات (5.89) والسكان عمر (6 – 24 سنة) (45.04%) أيضاً تأثرت الأوضاع السكانية بمشاكل الهجرة من الريف إلى المدينة ومشاكل النزوح من الدول المجاورة إلى داخل البلاد بسبب الحروب الأهلية والأوضاع الإقتصادية بتلك البلاد. هذه الأوضاع السكانية غير المتجانسة لها آثارها السالبة على التنمية وتوزيع الخدمات والبيئة الي تجعل من الصعب تخطي المشكلات التنموية والخدمية من صحة وتعليم لكثير من الفئات السكانية. فالوضع الصحي في السودان يتأثر بالمشاكل السكانية بالإضافة إلى العوامل الرئيسية المسببة للمرض كالفقر والجهل، وعدد كبير منها مرتبط بنقص أو تلوث المياه وهذا يتضح إذا عرفنا أن 35% فقط من السكان في شمال السودان لديهم مصدر للمياه المأمونة بينما 15% من السكان في الجنوب ليس لديهم هذا المصدر (4).

تم تحديد مقياس الصرف على الصحة من الدخل القومي بنسبة 0.5 % في عامي 1990 -199991م وإرتفع إلى نسبة 1% في الأعوام 1993 - 1994 - 2002م وذا يؤثر سلباً على إجمالي الخدمات الصحية وتوزيعها وتنوعها (5).

ما جاء أعلاه يوضح أهمية الدراسة على النحو الآتي: -

1- إبراز الدور الهام الذي يقع على عاتق المسئولين الإداريين عن إدارة المستشفيات في القطاعين العام والخاص.

2- تحديد الأطر التي يجب إتباعها سعياً لتوطيد وتمكين الجودة الشاملة بجميع المستتشفيات في السودان.

3- تعريف وزارة الصحة الجمهور بالمجهود الذي ستقوم به المستشفيات في مجال التنمية ورضا العملاء (6) .

أسئلة الدراسة:-

1/ ما هور الدور الذي تبذله المستشفيات من أجل الحصول علـــى خدمـــة ممتـــازة للمرضى؟

2/ إلى أي مدى يمكن أن يكون مدير المستشفى ذو كفاءة وفعالية؟

3/ هل تستطيع المستشفيات تدريب كافة القطاعات العاملة تحت إدارتها مـــن أجـــل تنمية مضطردة؟

4/ كيف يمكن لوزارة الصحة إيقاف هجرة الكوادر المؤهلة؟

5/ ما هو المعيار الذي تنشأ عليه المستشفيات؟

6/ هل تستطيع وزارة الصحة منح العلاج (المجاني) لقطاع الطلاب والموظفين والعمال في المستقبل القريب؟!

مجتمع الدراسة:-

مجتمع الدراسة هو المستشفيات العامة والخاصة السودانية وقد شملت الفترة 1995 – 2002م.

وقد أوضحت الإستراتيجية القومية الشاملة 1992 – 2002م التأكيد على أهمية الرعاية الصحية الأولية كإستراتيجية لتقديم الخدمات الصحية على المســـتوى الأول. كما تم إعتماد نظام المنطقة الصحية على مستوى المحليات.

وبعد إنقضاء عشر سنوات على تطبيق إستاتيجية توزيع الخدمات الصحية على أنحاء القطر، إلا أن هذا النظام قد شهد الكثير من الإخفاقات وعدم الإســـتمرارية بســـبب عدم المتابعة وقلة الموارد المالية وضعف برامج التدريب وعـــدم إســـتقرار الكـــوادر الصحية. كما تلاحظ في السنوات الأخيرة أن هناك توسعاً وتحسناً في عدد المؤسسات الصحية حيث أن عدد المستشفيا قد زاد بنسبة 46% في الخمس عشرة سنة الأخيرة. كما زاد عدد أسرة المستشفيات. أيضاً إزداد عد المراكز الصحية بنسبة 125% أما وحدات الرعاية الصحية الأولية فقد زادت بنسبة 20%. ولكن على الرغم من ذلك فما زال هنالك نقص شديد في عدد المؤسسات الصحية وتباين واســـع في توزيعهـــا

جغرافيا مما يضعف أهم مباديء الرعاية الصحية الأولية وهي عدالة التوزيع وإنتشارها لتكون قريبة من المواطنين المستفيدين والمستهدفين، على سبيل المثال:

- **مستشفى واحد لكل 111000 من السكان.**
- **سرير واحد لكل 1000 شخص.**

كذلك الحال بالنسبة لتوزيع الكوادر الصحية سواء بالنسبة للمناطق (ريف/حضر) أو على مستوى الولايات حيث أن هناك تبايناً في الخدمات الصحية والكوادر الصحية من ولاية لأخرى مثال ذلك:

- **يوجد طبيب واحد لكل 100.000 من السكان في خمسة ولايـــات شماليـــة (دارفور الكبرى جنوب وغرب كردفان والولايات الجنوبية) (7).**
- **يوجد 6 أطباء لكل 100.000 من السكان في سبعة ولايات شمالية (شمـــال كردفان، الجزيرة، النيل الأبيض، النيل الأزرق، سنار، كسلا والقضارف).**
- **من 7 إلى 14 طبيب لكل 100.000 من السكان في ولايات الشـــمالية ونهر النيل والبحر الأحمر**
- **أكثر من 30 طبيب 100.000 من السكان في ولايـــة الخرطـــوم"أنظـــر الملاحق".**

حدود الدراسة:-

حدود الدراسة في الفترة 1995 – 2002م، وهي ا لفترة التي تم فيهـــا وضـــع الإستراتيجية القومية الشاملة لتنفيذ السياسات الصحية والسياسات والإستراتيجيات المرتبطة بالصحة. وذلك لإعطاء صورة واضحة عن أثر الدوافع على تحقيـــق الجـــودة الشاملة في المستشفيات العامة والخاصة. وهل إستطاعت خلال هـــذه الســـنوات أن تجري تطبيقات الجودة الشاملة على التنظيم تطلعاً لتقديم خدمات متطورة تـــؤدي إلى تنمية مرتقبة تحقيقاً لأهداف الإستراتيجية القومية الشاملة.

عينة الدراسة:-

تم إختيار العينة المستهدفة عشوائياً من عدد ست مستشفيات من القطـــاع العـــام والقطاع الخاص في السودان وهي: مستشفى الخرطوم التعليمي، مستشفى الخرطـــوم بحري التعليمي ومستشفى أم درمان التعليمي هذا في القطاع العام. أما مستشـــفيات القطاع الخاص فقد جاءت على النحوالتالي: مستشفى ساهرون، مستشفى إبن خلدون ومستشفى النيل الأزرق بأم درمان.

منهجية الدراسة:-

يحتوي منهج الدراسة على الأسلوب الوصفي والتاريخي للتـــاريخ بالإضـــافة إلى الأسلوب الإحصائي في تحليل الإستبانة والذي يتم توزيعه على عدد ست مستشفيات في القطاع العام والخاص عشوائياً من المستشفيات المختارة لهذا الغرض. أما الوصـــف التحليلي سيعتمد على البيانات الواردة ضمن الإستبانة التي وزعت على مختلف فئات الكادر الطبي في مستشفيات القطاع الخاص والعام. تدعيماً للإجابـــة علـــى أســـئلة وفرضيات الدراسة.

فرضيات الدراسة:-

1- تلتزم المستشفيات العامة والخاصة بتطبيق مفاهيم الجودة الشاملة.
2- يوفر المستشفى الخاص أساليب الوقاية للعاملين.
3- لا يلتزم المستشفى الخاص والعام بالعمل على رضا الكادر الطبي.
4- لا توجد فروق بين المستشفى العام والخاص في إطار التعامل مع الفئـــات المتوسطة والفقيرة.
5- يتميز المستشفى الخاص بأن معظم الأطباء والعاملين متخصصون وذوو خبرة.

التعريف بالدراسة:-

إحتوت الدراسة على أربعة أبواب وخمسة عشر فصلاً جاءت على النحو التالي:
المقدمة: تمهيد، مشكلة الدراسة، أهدافها، أهميتها، أسئلة الدراسة، حـــدود ومجتمـــع الدراسة، الفروض، منهج الدراسة، التعريف بالدراسة ثم المصطلحات.

الباب الأول: الإطار النظري للدراسة، إحتوى على 5 فصول، **الفصل الأول:** وضح مفهوم الجودة الشاملة، معنى الجودة، مفهوم ضبط الجودة، تطور مفـاهيم الجـودة، معايير الأداء والجودة، نظام إدارة الجودة الشاملة الضبط المتكامل لجـودة الإنتـاج، أشاليب ضبط الجودة، مسار الجوودة الضـاملة، الآيـزو (ISO) وإدارة الجـودة الشاملة، أهمية تطبيق الآيزو (ISO 9000) وسلسلة المواصفات القياسية (ISO 9000)، ثم الفرق بين إدارة الجودة الشاملة ونظام الجودة العالمي (ISO 9000).

بينما أظهر **الفصل الثاني:** تطبيق الجودة الشـاملة وأثرهـا علىالـدوافع، مفهـوم الدوافعومكوناتها، نظريات الدوافع، الحوافز، أنواع الحوافز، شروط نجـاح الحـوافز، الحوافز أبعادها وأهدافها، الجودة الشاملة من منظور نظرية البيروقراطية، ودور التقدم التكنولوجي في مجال إتخاذ القرارات، توصيفالمهام، طلب الإلتحاق ومصـادر العمـل الداخلية والخارجية بالإضافة إلى وسائل إختيار الأفراد. **الفصل الثالث:** عن التـدريب وأبراز مفهوم وأهمية التدريب، والحاجة إلى تدريب إداري. بينما أفرد **الفصل الرابع :** أثر مفهوم الجودة الشاملة في زيادة كفاءة الأداء في المستشفيات الخاصة والعامة للفترة 1990 – 2002م ، وأخيراً **الفصل الخامس :** الدراسات السابقة وهـي دراسـات شبيهة بالدراسة الحالية.

أما **الباب الثـاني:** فقد إشتمل على عدد 5 فصول **الفصل الأول:** تميز بما وصل إليه الطب عبر العصور بينما جاء **لفصل الثاني:** عن قطاع الصحة في السـودان، بدايـة الخدمات الصحية قبل الإستلال في عهد الإدارة البريطانية، مجـال الصـحة العامـة والصحة الوقائية، المجال العلاجي، التسلسل الإداري في المستشفيات والمهن الأخـرى الموجودة بالمستشفى، العمال، الشكل العام للمستشفى، المشكلات الـتي واجهـت المستشفيات قبل الإستقلال، دور الأسرة، التطور الإداري، والإستراتيجية المسـتقبلية للمستشفيات بالسودان وكيف تعمل المنظمة على إختيار الإستراتيجيات.

أما الفصل الثالث: فقد جاء عن الطب والصحة موضحاً أهمية وزارة الصحة السودانية، إحصائية عن المستشفيات السودانية للعام 1962 والعام 2000م، شركات الأدوية ومن يتعامل مع المستشفى مالياً مثل البنوك التجارية، الإستثمارية وغيرها، التمويل للمستشفيات العامة والخاصة، أهداف السياسة المالية، ومصادر تمويل المنظمات الصحية والطبية، وقد أظهر الفصل الرابع: إدارة المستشفيات العامة والخاصة من خلال الإختيار، التعيين، التدريب، المرتبات والأجورن نظم المعلومات الإدارية المستخدمة في المستشفيات الخاصة والعامة بالسودان والهيكل التنظيمي للمستشفيات الحكومية والخاصة، ثم بين أهمية إدارة نظم المعلومات، أنظمة التشغيل، أنظمة الدعم التنفيذي، نظم معلومات أخرى، محتويات وحدة المعلومات وإتاحة المعلومات ودرجة الإعتماد عليها. بينما أبرز الفصل الخامس: إجراءات الرقابة على الجودة والإعداد لها، الوسائل الإحصائية لمراقبة الجودة، أهمية المركزية واللامركزية في العمل الإداري، المركزية والامركزية في توزيع الدواء، وتأثير المركزية واللا مركزية على إدارة المستشفيات.

الباب الثالث : إحتوى على عدد ثلاثة فصول تميزت على النحوالتالي: الفصل الأول: أبرز الأسلو الإحصائي الذي إتبعته الدراسة، بينما الفصل الثاني: جاء بعنوان "تحليل البيانات إحصائياً"، وأخيراً الفصل الثالث: وقد وضح إختبار فرضيات الدراسة.

وأفرد **الباب الرابع** : عدد ثلاثة فصول، الفصل الأول: بين النتائج، أما الفصل الثاني: فقد أبرز التوصيات والمقترحات لبحوث أخرى، وتميز الفصل الثالث: بتوضيح أهمية الملاحق والمصطلحات والمراجع (العربية واللاتينية).

مصطلحات الدراسة:-

وهو تفسير لعنوان الدراسة "أثر تطبيق مفهوم الجودةالشاملة في زيادة كفاءة الأداء في المستشفيات الخاصة والعامة في السودان للفترة 1995 – 2002م".

أثر: **impact** ويعني عنصر يؤدي إلى نتيجة وهو تعبير يستخدم بهدف معالجة وتحليل لحقائق متعلقة بالإدارة أو غيرها.

تطبيق: **applied** كما تعني **applid science** العلوم التطبيقية.

الجودة: **Total quality**

جاء في المعنى: جَادَ – جَوْدَةً وجُودَةً: صار جيداً وهو ضد الرديء / فعلالجيد.

جوّد الشيء: حسّنه أي جعله جيداً، تجوّد : تخير الجيد في صنعته: تأنق فيها.

تجاود القوم: نظروا أيهم أجود حجة وأيهم أجود حديثاً. ومجواد: كثير الإتيان بالجيد.

جاد – جوداً: غلبه في الجود وعليه تكرم فهود جواد بالمال وبنفسه **(8)**.

أيضاً الجودة تعني الإتقان والإلتزام بنظم الآيزو وهيئة المواصفات والمقاييس لتقـــديم أفضل السلع والخدمات للمستهلك.

الهوامش

هامش رقم 1	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2000م
هامش رقم 2	دور القيادة والتغـــيير – التطـــوير التنظيمـــي، وزارة العمـــل والإصلاح الإداري، 2003م
هامش رقم 3	د. على السلمي، إدارة الجودة الشاملة، 1995م
هامش رقم 4	د. الواثق بالله علي، الفجوة النوعية في الصحة ن (ص 24 – 26)، فبراير 2002م
هامش رقم 5	المرجع السابق، ص 24
هامش رقم 6	نفس المرجع السابق، ص 25
هامش رقم 7	نفس المرجع السابق، ص 26
هامش رقم 8	المنجد في اللغة العربية، 1915م ، ص 5

الباب الأول
الفصل الأول
المبحث الأول
مفهوم الجودة الشاملة – تنظيم إداري متكامل

أصبح العالم ملزماً بوضع برنامج وخطط وإستراتيجيات إدارية تشمل السياسات العامة للتخطيط والتنظيم سعياً لتحديد الأهداف التي يجب تنفيذها خلال فترة زمنية محددة وذلك تطلعاً للجودة في زمن العولمة الذي يعمل على تحسين خدمت الغايات الإدارية والإقتصادية والثقافية والإجتماعية والسياسية.

الجودة الشاملة **(Total Quality (TQ** وإدارة الجودة الشاملة **Total Quality Management (TQM)** تعبيران شائعان في اللغة العربية المعاصرة ويعبران عن توجه عالمي يسيطر الآن على فكر وتصرفات أهل الإدارة على مختلف مستوياتهم ويحكم كثيراً من قرارات الإدارة في كل المجالات.

ورغم الإهتمام الواسع النطاق بمفهوم إدارة الجودة الشاملة حديثاً إلا أن أصلالموضوع قديم ويعود إلى عصور تطور الإدارة منذ عهد الثورة الصناعية (وإن كان البعض يرجع بذلك إلى عهود الفراعنة).

لكن ما سر الإهتمام الحالي بموضوع الجودة. والسبب في الإرتفاع الملحوظ في عدد الشركات والمؤسسات على إختلاف أنشطتها، والتي تسعى إلى إستكمال مقومات ونظم الجودة بها لتحظى بالتأهيل للحصول على شهادة"المنظمة العالمية للمواصفات" وهذا يفسر الإرتباط البادىء والخلط أحياناً بين مفهومي إدارة الجودةالشاملة وشهادة الآيزو سواء كانت **9000**، **9002**، **9003** وبالتالي يكمن السر في كلمة واحدة هي"المنافسة". والنظم الإقتصادية في العالم تتحول جميعها الآن لتكون على نسق يتميز بالآتي:

إحترام المستهلك والعمل على إرضائه **customer's satisfaction** وتنمية التبادل التجاري والتوسع في التصدير **export orientation** وحرية الإختيار

وتفاعل قوى السوق **market economy** في هذه الظروف تصبح المنافسة هي المحدد المركزي لأي مشروع في السوق، ويصبح علـــى الإدارة أن تعمـــل آخـــذة في إعتبارها قوى المنافسة الحالية والمتوقعة من كل المصادر **(1).**

معني الجودة:

هي الملائمة للاستخدام **fitness fro use** كما تتمثل في:

- **إنخفاض نسبة العيوب.**
- **إنخفاض التالف والفاقد وإعادة التشغيل.**
- **إنخفاض معدلات الفشل.**
- **إنخفاض شكاوى العملاء.**
- **إنخفاض الحاجة إلى الإختبارات والتفتيش.**
- **الإسراع بتقديم الخدمات للعملاء.**
- **تحسين الأداء.**
- **النجاح في تنمية المبيعات.**
- **النجاح في خفض التكاليف.**
- **مجموع الصفات والخصائص للسلعة أو الخدمة التي تؤدي إلى قدرتها على تحقيق رغبات معلنة أو مفترضة.**

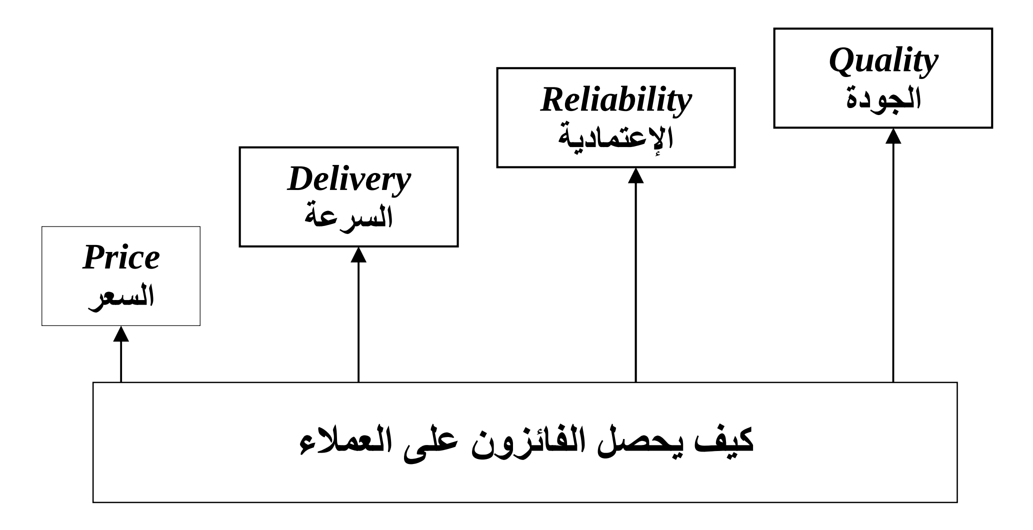
وقد تحدث كثير من العلماء عن الجودة:

- توجه الجودة إلى إحتياجات المستهلك الحالية والمســـتقبلية **(**المواصـــفات البريطانية**).**
- الجودة هي المطابقة للإحتياجات **(**ديمنج**).**
- الجودة هي مسئولية كل فرد في التنظيم **(**كرسبي**) (2) .**

أنظر شكل رقم (1):

الشكل رقم **(1)**

معنى الجودة وصفاتها



كما أن هنالك مفاهيم أساسية لضبط جودة المنتج وتتمثل في الآتي:

مفهوم ضبط الجودة:

يعتبرالضبط بمثابة الأداة المثلى لتحقيق الهدف من جودة المنتج النهائي ويعتمد الضبط على أربع خطوات رئيسية:

1- وضع المعايير "الأنماط" وذلك لتحديد تكاليف وأنماط الجودة المستهدفة.

2- تقييم المنتج النهائي وذلك بمقارنة خصائص المنتج الصناعي بتلك المواصفات الموضوعة.

3- إتخاذ إجراءات التصحيح في حالة تجاوز تلك المواصفات.

4- التخطيط من أجل التحسين، وذلك عن طريق تنمية الجهود الدائمة نحو تحسين الجودة.

وبناءاً على ذلك يمكن القول أن ضبط الجودة يعني قيام الإدارة بإتخاذ الخطوات والإجراءات الكفيلة بالإلتزام بمستويات الجودة المحددة لمنتجات المنشأة. ويرى البعض أنها مجموعة العمليات الخاصة بالتفتيش على الإنتاج في جميع المراحل وتسجيل بيانات

عنه، ثم تحليل هذه البيانات بقصد تحديد الأختلاف عن المواصفات الموضوعة وبالتـــالي إستبعاد الوحدات المعيبة والتفكير في أسبابها لوضع برنامج لمعالجتها. وهنالك وجهـــة نظر ثالثة ترى أن ضبط الجودة هوعبارة عن توفير مجموعة من السمات في منتج مـــا، تؤكد ملائمة هذا المنتج للمهمة المطلوب منه تأديتها لدى المســـتهلك ســـواء كـــان مستهلكاً نهائياً أو مستهلكاً وسيطاً، وأن تنسجم مع عوامل مختلفة يعيشها كالوضــــع الإقتصادي والإجتماعي (3).

تطور مفاهيم الجودة:

- المرحلة الأولى (جودة المنتج العامة):

- تخفيض نسبة الإنتاج المعيب.
- أداء العمل صحيحاً من المرة الأولى.
- قياس تكلفة الإنتاج المعيب.
- تحفيز عمال الإنتاج للإلتزام بشروط الجودة (رقابة الجودة).
- المرونة.

- المرحلة الثانية (إشباع رغبات العميل):

- الإقتراب من العميل.
- تفهم حاجاته وتوقعاته.
- جعل كل القرارات أساسها رغبات العميل **(customer driven)**.

- المرحلة الثالثة (الجودة كعامل في المنافسة):

- جعل السوق أساس كل القرارات **(market driven)**.
- الإقتراب من السوق والعملاء أكثر من المنافسين .
- البحث عن أسباب إنصراف العملاء عن التعامل معالمنشأة.

- المرحلة الرابعة (إدارة الجودة الشاملة):

- إعداد إستراتيجية تحسين الجودة.
- تحديد معايير (مستويات) الجودة **(setting quality standards)**.

- تحديد معدل (سرعة) تحقيق المعايير (tempo).
- إشراك كل الأفراد الممكنين (involve all possible employees)
- إستخدام المرونة (flexibility)
- المحافظة على الكفاءة/الإنتاجية (efficiency/productivity).
- تحفيز العاملين (motivation).
- تخفيض البيروقراطية وتعـــدد مســـتوياتالهيكل التنظيمـــي (eliminate corporate hierarchy).

معايير الأداء والجودة:

معايير أساسية في مدخل إدارة الجودة الشاملة:

1- التزام الإدارة العليا وقيادهما لجهود التطبيق.

2- شمول المدخل لجميع الوظائف والمستويات التنظيمية.

3- االإستمرارية في التحسين المنتظم في الجودة (4) .

المبحث الثاني

نظام إدارة الجودةالشاملة

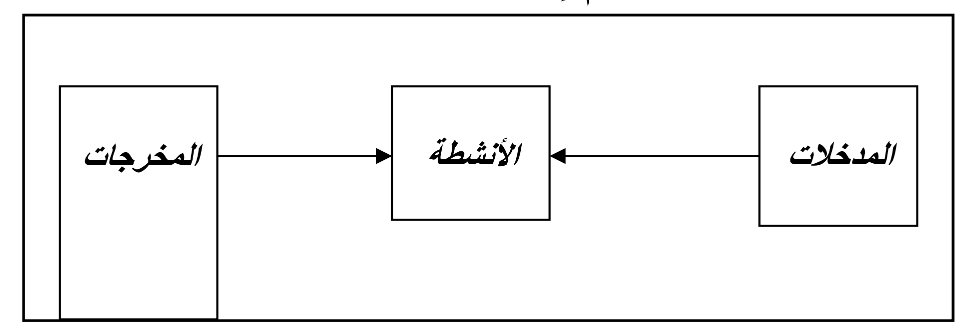
لدراسة مفهوم إدارة الجودة الشاملة تمثل فكرة النظام **(system)**، وسيلة مناسبة للتعرف التحليلي على مكوناته وإمكانيات تطبيقه. ويصور الشكل التالي عناصر نظام إدارة الجودة الشاملة الثلاثة:

- المدخلات.
- الأنشطة.
- المخرجات.

وتعبر الأشكال التالية عن مكونات كل عنصر منها:

شكل رقم (2)

نظام إدارة الجودة الشاملة



يمكن تفسير هذا النظام وتطبيقه لتسيير عمل المستشفيات حيث يعتبر نظام إدارة الجودة الشاملة هوالمظلة الواقية والأساس الجيد لتحسيناالخدمة ولقد شرح د. علي السلمي كيفية عمل المدخلات والأنشطة والمخرجات على النحو التالي: -

*** مدخلات إدارة الجودة الشاملة:**

أ- أهداف وإستراتيجيات الإدارة (المؤسسة، المنظمة).

ب- سياسات الإدارة 0الإنتاجية، التسويقية، التمويلية ...).

- **الهيكل التنظيمي:**
- **هيكل الإدارة (أفراد الإدارة، خصائصهم، تأهيلهم، خبراتهم ...)**
- **هيكل العمالة (الإعداد، الخصائص، المهارات، كفاءة الأداء ...)**
- **طبيعة الأنشطة (الإنتاجية، التسويقية ...)**
- **طبيعة السوق وهيكل المنافسة**
- **رغبات وتوقعات العملاء (المستهلكين)**
- **التقنيات السائدة في الأنشطة (الإنتاج، ...)**
- **الموارد والإمكانات المالية والمادية (Resources)**
- **حجم وجودة المعلومات المتاحة والمستخدمة (معلومات عن ....)**

*** أنشطة إدارة الجودة الشاملة:**

- **تحديد أهداف الجودة**
- **تحديد سياسات الجودة**
- **تخطيط الجودة (Quality Planning)**
- **تنظيم وتنسيق الجودة**
- **قيادة وتوجيه الجودة**
- **متابعة وتقويم الجودة (Quality Assessment)**
- **تأكيد الجودة (Quality Assurance)**
- **تحسين الجودة (Quality Improvement)**

*** مخرجات إدارة الجودة الشاملة:**

- **أهداف الجودة**

- سياساتالجودة
- خطط الجودة
- فرق الجودة الجودة (Quality TERMS)
- معايير الجودة
- مؤشرات الجودة

وتعتقد الباحثة أن سياسة الجودة وإستراتيجيتها جاءت من نظور تطور التكنولوجيا التي عملت من خلال معايير ضابطة ساعدت على تقويتها وإنتشارها وذلك بتطبيق الجودة الكاملة.

إدارة الجودة الكلية الجـودة (Total Quality Management) (TQM):

في نهاية الثمانينات وحتى الآن ظهرت الرقابة الكلية على جودة الإنتاج لتحل محل كل أنواعالرقابة على الجودة مع إستمرار إستخدام الأساليب الإحصائية للرقابة علىالجودة، وأصبحت وظيفة الرقابة على جودة الإنتاج مهمة كل إدارات المنشأة. كما أصبح من المهم إتخاذ كل الأساليب الكفيلة بتحقيق الرقابة على الجودة في مرحلة ما قبل التصنيع ومرحلة ما بعد التصنيع والرقابة الكلية علىالجودة السائدة الآن ليس في الصناعة فحسب وإنما أيضاً في مجالات الخدمات.

الضبط المتكامل لجودة الإنتاج:

عرف د. محمد توفيق الضبط المتكامل لجودة الإنتاج بأنه نظام شامل لمراقبة جودة الإنتاج، يبدأ بدراسة السوق ويستمر طوال العملية الإنتاجية وينتهي بوصول المنتج إلى يد المستهلك بالمستوى الذي يشبع إحتياجاته ورغباته.

وهذه المراحل هي:

- دراسة السوق
- التصميم
- إتخاذ قرار الشراء

- إختيار طريقة التصنيع والإنتاج
- تنفيذ العمليات الإنتاجية
- إختيار المنتج في السوق
- نقل المنتج إلى منافذ البيع
- تقديم خدمات ما بعد البيع
- معرفة رد فعل المستهلك عن المنتج (6) .

أساليب ضبط الجودة:

هنالك أسلوبان رئيسيان في ضبط جودة المنتج، هما:

1 - <u>التفتيش الكامل والشامل:</u>

ويتم ذلك بالنسبة لكل وحدة من الوحدات المنتجة للتأكد من صلاحيتها ويتم رفض الوحدات غير المطابقة للمواصفات وتقبل الصالح منها. وعندما تكشف عملية الفحص وجود نسبة تالف مرتفعة وغير طبيعية فإن الأمر يتطلب الدراسة والبحث للوقوف على الأسباب لإتخاذ القرارات اللازمة للقضاء عليها.

المزايا:

- ضمان عملية حجز الوحدات المعيبة وكذلك الطلبيات المعيبة قبل إجراء العمليات الإنتاجية التالية عليها والتي كانت ستتسبب في زيادة تكاليف الإنتاج في حالة إكتشاف هذه الوحدات المعيبة في المراحل المتأخرة من الإنتاج.

العيوب:

- يؤدي إلى تحمل لمنشأة تكاليف باهظة حيث يتطلب الأمر توافر عدد كبير من الفاحصين والأجهزة المستخدمة في هذا الغرض.
- كما أنالفحص الشامل قد يؤدي إلى تعطل وعرقلة الإنتاج وضياع الكثير من الوقت.

- يضاف إلى ما سبق التكاليفا لعالية المنفة على عملية مناولة المواد خاصة عندما يكون تفتيش السلع نصف المصنعة يتم على أساس مركزي.

2 - الأسلوب الإحصائي:

والذي يعتمد على سحب عينات **(Samples)** من البضاعة أو المادة ثم فحص هذه العينات وإتخاذ القرار إستناداً على نتائج الفحص حول مطابقة أو عدم مطابقة مواصفات هذه البضاعة أو المادة للمواصفات الفنية المحددة.

المزايا:

- إنخفاض تكلفة الأسلوب الإحصائي.
- عدم تسببه في إحداث أية عرقلة أو تعطيل في سير العملية الإنتاجية.
- يوصل إىل نتائج مقبولة.
- أكثرها مناسبة لظروف الكثير من الشركات.

العيوب:

- في بعض الأحيان قد تكون العينة غير ممثلة، الأمر الذي يترتب عليه رفض بعض الطلبيات السليمة وقبول بعض الطلبياتالمعيبة (7) .

إن ممارسة إدارة الإنتاج تحتاج إلى مدير قد تلقى التدريب الكافي على طرق أساليب الإدارةالحديثة وذلك حتى يستطيع التعامل مع متطلبات التكنولوجيا وفهم نظمها من أجل طرحها على مجموعة العمل ليسهل تنفيذها. وقد ظهر كثير من الباحثين الذين كتبوا في مجال الإدارة من أجل ترسيخ مباديء الإدارة ونظريات التنظيم فمثلاً من المظاهر الأساسية للعميات الإدارية والوظيفية التي حظيت بدراسة عميقة إلى حد ما من : **المدرسة النيوكلاسيكية (أو النظرية الكلاسيكية الجديدة)**. وهي عملية تفويض السلطةوالمسئولية ومشاكل الإختصاصات الوظيفية أو تداخلها. والمعروف أن النظرية التقليدية تفترض نوعا من الكمال في عمليات التفويض والإختصاصات

الوظيفية، أما المدرسة النيوكلاسيكية فإنها تشير إلى أنالمشاكل الإنسـانية في التنظـيم تسببها النقائص التي تترتب على كيفية معالجة هذه العمليات. فمثلاً نجد أن التفـويض غير الكافي أوالزائد عن الحد قد يجعل الإداري عاجزاً عن التصرف، كما وأن العجـز في تفويض السلطة والمسئولية قد يؤدي إلى أزمة نفسية للمفوض بالإضافة إلى ذلك أن الثغرات في السلطة تسبب الفشل في تأدية الأعمال المطلوبة التي ينسبها فـرد مـا إلى عجز الآخرين في تأدية ما يطلب منهم. وتدعي المدرسة الجديدة أن الأعمال الإداريـة والوظيفية سليمة من الناحية النظرية ولكنها تميل إلى التفكك حين التطبيـق ولـذلك تعمل على تحديد الطرائق التي بمقتضاها تتفتت هذهالعمليات وتبرز الأسباب الإنسانية لها.

بالإضافة إلى أن كتاب المدرسة يبدون التوصيات ويقترحون أدوات إنسانية مختلفة تسهل إدارة وتشغيل هذه العمليات (8) .

وتتلخص إنتقادات المذهب النيوكلاسيكي للهيكل الإداري في تعدد الإختصاصات التي تظهر داخلياً بين الناس الذين يؤدون وظائف مختلفة.

إن مدى الرقابة الإدارية ما هي إلا وظيفة مرتبطـة بالمقـدرة الإنسـانية، وأن تخفيض مداها إلى نسبة محددة – يمكن أن تطبق تطبيقاً عاماً – أمرٌ مقبول من وجهـة نظر النيوكلاسيكيين، ويلاحظ أن بعض المحددات لمدى الرقابـة هـي الإختلافـات الفردية في القدرات الإدارية وطراز الأفراد وعدد الوظائف الموجودة، ومدى فاعليـة الإتصال (9).

العمليات الإدارية والوظيفية:

تنشأ من النمو الرأسي والأفقي للتنظيم علىالتوالي، أذ أنه تشير إلى سلسلة الأوامـر وتفويض السلطة والمسئولية ووحدة القيادة والتبعية الإدارية وإلتزام رفع التقـارير إلى الرئيس الأعلى. إن تقسيم التنظيم إلى أجزاء متخصصة وإعادة تجميعها في وحـدات متماثلة هي من طبيعة المسائل المتصلة بالعملية الوظيفية، إذ أنها تركز علـى التطـور الأفقي للإداريين والفنيين في التنظيم الرسمي.

مبدأ وحدة القيادة:

إن مبدأ وحدة القيادة كما ذكر جودة خاليك Coulick لا يمكن إنتقاده من ناحية الوضوح أو الغموض لأن تعريف السلطة الذي ذكره قد أعطانا إختباراً واضحاً لتطبيق المبدأ في حالات معروفة (10).

مسار الجودة الشاملة:

يمكن تعريف الجودة الشاملة كما يلي "مجموعة مبادئ ومناهج منظمة في إطار إستراتيجية إجمالية موجهة إلى تحريك المؤسسة بغية الحصول على أحسن رضا للزبون وبأقل تكلفة" (11).

تنشر الجودة الشاملة مفهوم الجودة إبتداءاً من المدخلات وحتى المخرجات فهي فكرة سلسلة مستمرة من الجودة في داخل وفي محيط المؤسسة وتستند إلى مبدأ أن الجودة تعد متغيراً إستراتيجياً. يتمثل محورها الرئيسي في أنموذج العلاقة بين (الزبون/ المورد) التي يجب تعميمها على كل العلاقات الوظيفية والإجرائية في المؤسسة.

لماذا الجودة الشاملة:

يجب أن تكون الأسباب الرئيسية إقتصادية وإنسانية بحيث يمثل إنجاز الجودة مجموع نفقات التنبؤ والمراقبة من جهة الإدارة ويعنى بذلك (الإنتاج المعيب، والإنتاج الذي يحتاج إلى إتمام وإعادة التصنيع، وإستبدال المطالبات وخسارة الزبائن) من جهة أخرى.

على الصعيد الإنساني والتنظيمي، تنجم عدم الجودة في الغالب عن عدم مسئولية الأفراد في عملهم (إذا أخضعوا إلى مراقبة طفولية) وعن إلقاء الأخطاء المرتكبة على الآخرين الأمر الذي يسبب تراجعاً في العلاقات بين أعضاء فريق العمل.

الخيارات العملية للجودة الشاملة:

يتم اللجوء إليها بغية تحقيق الجودةالشاملة، وهي:

1- **حاجات الزبون: يمكن تحقيق ذلك عبر المنتجات المطابقة بأقل تكاليف وعبر تحويل كل فاعل (فرد أو جماعة داخل المؤسسة) إلى زبون/مورد داخلي (12).**
2- **رضا العاملين بالمؤسسة.**
3- **مواكبة التقنية الحديثة لترقية المنتج.**
4- **التدريب والتأهيل.**

المبحث الثالث

الآيزو (ISO) وإدارة الجودة الشاملة

يخلط البعض بين مفهوم إدارة الجودة الشاملة، ومقاييس الجـــودة العالميـــة الآيـــزو (9000)، ويتحدجثون عنهما وكأنهما يعنيان الشيء نفسه.

وقد إرتبط وجود التقييس والمقاييس بوجود الحضارات الإنسانية، فقد ظهرت عند البابليين والآشوريين والمصريين القدماء والصينيين. ويعتبر فن المعمار والرسائل والأرقام وأنظمة الأوزان والمقايسس المستخدمة من قبل هذه الشعوب أمثلـــة عـــن التقيـــيس البدائي المستخدم للأغراض العالمية والإقتصادية، وقد عرفت أهميـــة التقيـــيس أثنـــاء الحرب العالمية الأولى، لجعلا لمواد المصنعة من قبل منتجين مختلفين قابلة للتداول. وقـــد شجع ذهذا على بدء التنسيق بين المنظمات الدولية للتقيـــيس إذ تم إنشـــاء الإتحـــاد الفدرالي للجمعيات الوطنية للتقييس في شه تشرين الأول عام **1928** في بـــراغ. ثم توقفت عن العمل لسوء أحوالهاالمادية. وكانت تلك الجمعية أساساً للمنظمة الدوليـــة للتقييس **(Intermnational Standadization Organization)** والتي أنشئت في لندن عام **1946**م.

وتتعاون هذه المنظمة مع المنظمات الدولية الأخرى ذات الإرتباطات المتشابهة معها حيث تتعامل ممع اللجنة الكهروتقنية الدولية **(International Electronic Commission)** في كافة القضايا ذات العلاقة بالتقييس في مجال الكهروتقنيات.

ويصعب التحديد الدقيق لوقت ظهور المفاهيم الرئيسية التي بنيت عل أساسها عائلة آيزو **9000** ولكن أول مواصفة حول برامج الجودة كانـــت المواصـــفة العســـكرية الأمريكية **(Military Quality) (Mil – Q9859)**، لتأكيد القناعة لـــدى وكالات المشتريات في قدرة وزارة الدفاع الأمريكية على تلبية متطلباهـــا، وتوالـــت المواصفات العسكية في أوروبا وأمريكا إلى أن شكلت لجنة تقنية عام **1969**م بإســـم **(Technial Commission Iso/Tc 176)** في قصـــر المنظمـــة الدوليـــة

للتقييس (آيزو) بإسم (لجنة إدارة الجودة)، كما أحدثت لجنة فرعية بإســـم منظومـــة الجودة أعطيت الرمز **System Commission (SC2)**، وحـــددت مهـــام اللجنة في التقييس في مجال إدارة الجودة الشاملة وتأكيد الجودة ومنظومـــات الجـــودة والتكنولوجيا المساعدة، بما في ذلك القياسات التي تشكل المرشد والدليل لإنتقاء هذه القياسات وقد كانت آيزو (4802)، التي صدرت عـــام 1986م أولى المواصـــفات العالمية في مجال الجودة، وفي عام 1987م نشرت اللجنة التقنيـــة **(Iso/Tc 176)** مجموعة مؤلفة من خمسة قياسات حول الجودة، مـــن آيـــزو 9000 حـــتى 9004 **Cowerpress** (13).

وخلال السنوات التي تلت إصدار القياسات آيزو 9000تم إصدار سلسلة مـــن القياسات أعطيت الرقم **ISO 10000** (سلسلة آيزو 10000) وشكلت جميعهـــا عائلة من المواصفات أطلقت عليها عائلة المواصفات القياسية آيزو 9000، وتقـــوم اللجنة التقنية بمراجعة هذهالمواصفات بشكل دوري، وتعمل في الوقت الحاضر علـــى إعداد مواصفات أخرى مكملة لها (14).

تعريف الآيزو (ISO):

الآيزو 9000 (ISO) كمصطلح هـــي إختصـــار لـــــ **International Standadization Organization** وهي مسمى المنظمة العالمية للمعـــايرة، وهذهالمنظمة تقوم بوضع مقاييس عالمية لنظام الجودة في أية منظمة سواء كانت إنتاجية أو خدمية، وتشتمل على سلسلة من المعايير على شكل شعارات لكل منها رف خاص بها وهي : 9001, 9002, 9003، وكل منها يناسب نوعاً معيناً في الشركات، كما قامت هذه المنظمة بإصدار دليل مرشد لتطبيق نظام الجودة في الأنواع الثلاثة وأعطتـــه رقم (9004).

فالآيزو (ISO) هي عبارة عن نظام متكامل يتكون من مجموعـــة مـــن المعـــايير والمقاييس المتعلقة بنشاطات المؤسسة والتي يتم وضعها من قبـــل المنظمـــة الدوليـــة

للمقاييس (المعايرة)، لتقوم بدورها بمنح شهادات لهذه المؤسسات في ضوء مدى تـوفر هذه المعايير لديها.

وتشترط شهادة الآيزو ضرورة إحتفاظ الشركات بما يسمى (سـجلات الجـودة) البالغ عددها (17) سجلاً، لكي تثبت مدى سلامة وكفاءة نظام الجودة لديها ومـن هذه السجلات:

أ- سجل الجودة.

ب- سجل مراجعة العقود.

ت- سجل مراجعة تصميم المنتج.

ث- سجل تدقيق الجودة الداخلي.

ج - سجل التدريب.

أهمية تطبيق الآيزو (ISO 9000):

لقد أصبح واضحاً أن أغلب الموردين عالمياً يطلبون رقم التسجيل في الآيزو وقـد أصبح ذلك من العناصر المهمة في تعامل المنظمات والمؤسسات المختلفة مع مورديهـا، فالمنظمات التي منحت شهادة الآيزو يتم النظر إليها بصورة تتسم بالثقـة مـن قبـل العملاء والموردين، أما المنظمات التي لم تمنح هذه الشهادة فغالباً ما ينظر إليهـا بـأن سلعها أو خدماتها على درجة متدنية من الجودة ولذا فإن التعامل مع المدى الزمني معها سيتلاشى حتماً، ولن تستطيع بالتالي الإستمرار في السوق. ويمكن إيجاز أهم الفوائـد التي يحققها إستخدام المواصفات العالمية (الآيزو) ISO 9000 flh dgd:

1- تحقيق الإستقرار والثبات للمؤسسة وتحقيق ثقة عالية بسلعها ومنتجاتهـا والخدمات التي تقدمها.

2- تحقيق الأرباح المستهدفة من قبل المنظمات المختلفـة علـى الأصـعدة الإنتاجية أو الخدمية.

3- توفير لغة ومصطلحات مشتركة وواضحة على الصعيد الدولي.

4- إتاحة الفرص الواسعة أمام الأنشطة التجارية والتسويقية لدخول الأسواق العالمية بقدرة فاعلة وكفاءة عالية.

5- إطالة العمر الإقتصادي للمؤسسة في الأسواق نتيجة تزايد الثقة بمنتجات وخدمات المؤسسة وخلق الإستقرار لأنشطتها.

6- زيادة الفرص المتاحة للمؤسسات المختلفة وتوسيع نطاق الأسواق من خلال إستمرارية تقديم الجودة المناسبة لمنتجاها أو خدماها.

7- تشكيل الأنظمة الثابتة للجودة في المؤسسة وإتاحة فرص إعتمادها في إستخدام إدارة الجودة الشاملة (TQM) .

8- رفع كفاءة وفاعلية الأنشطة التشغيلية والعمليات الإنتاجية بصورة عامة.

9- تنمية ثقة المتعاملين مع المؤسسة من خلال إستمرارية توفير الجودة المناسبة لمخرجاها الإنتاجية.

10 - تحقيق الإنخفاض المستمر بالتكاليف المتعلقة بالجودة.

11 - تنمية روح التفاعل الجماعي وتوفير سبل العمل الجماعي وتنمية روح الفريق الواحد والثقة العالية وتوفير سبل الرقابة الذاتية للأداء.

12 - تعزيز قدرة المنظمة الإقتصادية على تحقيق صور النجاح والتفوق النوعي في الأداء.

سلسلة المواصفات القياسية ISO 9000 :

إن سلسلة المواصفات القياسية (ISO 9000) تتألف من خمس مواصفات أساسية هي:

1- المواصفة ذات الرقم (ISO 9000) : تتضمن إرشادات للإختبار والإستخدام وتتناول جميع الصناعات بما فيها تطوير المنتجات الجاهزة.

2- المواصفة ذات الرقم (ISO 9001): تتضمن نموذجاً لتوكيد الجودة في التصميم (Design) والتطوير (Development) والإنتاج (Production) والفحص والإختبار (Testing &)

(Inspection) والتركيب (Installation) أو الخدمة (Servicing) وتشتمل على (20) عنصراً وتنطبق هذه المواصفات على كافة المنظمات الهندسية والإنشائية والخدمية ... ألخ. التي يتضمن عملها التصميم والتطوير والإنتاج والتجهيز وخدمات ما بعد البيع.

3- المواصفة ذات الرقم (ISO 9002) : تتضمن نموذجاً لتوكيد الجودة في الإنتاج والتجهيز وتشمل (18) عنصراً، أي أن هذه المواصفة تغطي كل المجالات السابقة، عدا التصميم والتطوير وخدمات ما بعد البيع مثل الصناعات الكيماوية.

4- المواصفة ذات الرقم (ISO 9003) : تتضمن نموذجاً لتوكيد الجودة في عمليات الفحص والإختبار النهائي وتشمل (16) عنصراً، وتناسب هذه المواصفة الورش الصغيرة أو الموزعين للأجهزة والمعدات التي يتم من خلالها الإكتفاء بالفحص والإختبار النهائي للمنجات وتعد هذه المواصفة من المواصفات محدودة الإستخدام.

5- المواصفة ذات الرقم (ISO 9004): تتضمن نموذجاً لتوكيد الجودة في خصوص توفير التوجيهات والإرشادات اللازمة لإدارة الجودة وبيان عناصرها وتستخدم هذه الإرشادات لكافة الصناعات والخدمات. أي أنها توضح تطبيق نظام إدارة الجودة والإرشادات الواجب على الشركات إتباعها للحصول على شهادة الآيزو 9001، 9002، 9003 ويوضح الجدول التالي شروط المواصفة الدولية ISO 9000 (15):

شكل رقم (3)
شروط المواصفة الدولية ISO 9000

التسلسل	عناصر نظام الجودة	رقم العنصر	آيزو 9001	آيزو 9002	آيزو 9003
1	مسئولية الإدارة	*	*	*	*
2	نظام الجودة	*	*	*	*
3	مراجعة العقد	*	*	*	*
4	ضبط التصميم	*	*	-	-
5	ضبط الوثائق والمعلومات	*	*	*	*
6	المشتريات	*	*	*	-
7	ضبط المنتج المورد من الزبون	*	*	*	*
8	تمييز المنتج وتتبعه	*	*	*	*
9	ضبط العمليات	*	*	*	-
10	التفتيش والإختبار	*	*	*	*
11	ضبط تجهيزات التفتيش والقياس والإختبار	*	*	*	*
12	حالة التفتيش والإختبار	*	*	*	*
13	ضبط المنتجات غير المطابقة	*	*	*	*
14	الأعمال التصحيحية والوقائية	*	*	*	*
15	المناولة والتخزين والتنظيف والحفظ والتسليم	*	*	*	*
16	ضبط سجلات الجودة	*	*	*	*
17	التدقيق الداخلي لأنظمة الجودة	*	*	*	*
18	التدريب	*	*	*	*
19	الخدمة	*	*	*	-
20	الأساليب الإحصائية	*	*	*	*

الفرق ين إدارةالجودة الشاملة ونظام الجودة العالمي (ISO 9000) :

يتحث الكثيرون عن الآيز وكأنهم يقصدون إدارة الجودة الشاملة، إلا أن هنالـــك إختلافاً بينهما، فالآيزو هي مصطلح يعبر عن مسمى المنظمة العالمية للمعـــايرة، وهـــي المنظمة التي تقوم بوضع معايير عالمية لنظام إدارة الجودة في أية مؤسسة سواء كانـــت إنتاجية أم خدمية، فالمؤسسات لا تستطيع الإكتفاء فقط بضمان جودة المنتج بل إنهـــا بحاجة لضمان نظام جودة كاملة في المنظمة وإستمراريته، وفق المواصفات المطلوبة من قبل هذه المؤسسات، فالمواصفات القياسية الدولية **(ISO 9000)** جاءت لتعمـــل على توحيد ما يجب أن يكون عليه نظام إدارة الجودة عالمياً في أية مؤسسة **(16).**

أما الجودة الشاملة فهي وضع خطط إستراتيجية لتحسين العمل، بالإضافة إلى تحديد معايير الجودة وتحديد سرعة تحقيق المعايير خلال إشراك جميع الكوادر المناسبة وإحلال مبدأ المرونة وتحفيز العاملين.

الإطار النظري
المبحث الأول
أثر الدوافع على تحقيق الجودة الشاملة

مقدمة:

إذا نظرنا إلى الجودة الشاملة ومراحل تطورها، نلاحظ أن الصــاعات السياســية أصبحت أقل ضراوة من الصراعات الإقتصادية الحالية والتي يغلب عليها طابع العولمة. وبما أن المنظمات هي المحور المحرك لإقتصاد الشعوب، فإن الشعوب لن تستطيع الفوز في المواجهة الإقتصادية إلا إذا إستطاعت منظماتها تذليل الصــعاب والمشــاكل الــتي تواجهها في إطار العمل تطلعاً لأداء متطور.

وهذا لا يتأتى إلا من خلال وجود تنظيم يعمل على تحقيق رضا العميــل وذلــك بمواكبة التغيير الذي أصبح المؤشر الحقيقي لمواجهة التحديات.

وتستطيعالمنظمة كسب تحديات التنافس عن طريق متاعبة الجودة، وتطوير الجــودة، وإستمرارية تحسين الخدمة أو المنتج الذي تقدمه المنظمة للعملاء. هذا بجانب تكــاتف المجموعة العاملة بالمنظمة لتقديم أفضل الخدمات للعميل.

وبالتالي يجيء تعريف الجودةالشاملة بأنها: تمثل جميع الصفات والخــواص المطلوبــة للسلعة أو الخدمة والتي توضح إمكانية تحقيق المطلوب منه ضمنياً كان أو مصرحاً به.

مما جاء أعلاه يتضح أن مراحل تطور الجودة تظهر من خلال مفهوم وتوكيد الجودة بناءاً على تطوير طرق الإنتاج والإنتاجية، مما يبرز أثر الدوافع على الجودة.

إن تطور الجودة الشاملة قد مر بعدة مراحل مختلفة أصبحت بمثابة تأكيد لإستمرارية تطور الجودة فكانت بدءاً بالعمل الحرفي، وقد إهتم العامل بصقل تجاربــه الحرفيــة في مختلف المتطلبات التي يحتاجها المجتمع في ذلك الحين سعياً لإرضاء رغبة العميل في توفير أفضل المنتجات. وكان ذلك بمثابة الإعلان المتداول بين مقدم الخدمة أو المنتج والعميل المباشر.

وقد حددت الفترة مابين **1914** وحتى **1945** بأنها فترة ذات أهمية للبحث عن الجودة، ذلك لأن الحرب العالمية الأولى والثانية قد فقد أثناءها مجموعة الصناع والحرفيين المهرة. ونسبة للإنتاج الكبير في مجال التصنيع الحربي، فقد تطلب إنتماء عدد أكبر من العمال غير المهرة للعمل في حقل الإنتاج، وبالتالي أصبحت هنالك ضرورة ماسة إلى التفتيش بواسطة المفتشين من أجل الإطمئنان على جودة الإنتاج.

هنالك حقبة زمنية أخرى مميزة لتطور الجودة الشاملة إمتدت منا الحرب العالمية الثانية إلى أواخر الخمسينات وذلك لقلة العمال المهرة. وأيضاً لأن الآلة صارت سبباً في أخطاء الجودة مما أتاح الفرصة للمهندسين بتطبيق النظم الإحصائية تطلعاً لتحسين المنتج.

وبالرغم من الإنجازات التي قام بها المهندسون لتطويرالأداء إلا أن فترة الستينات قد شهدت تدهوراً ملحوظاً في جودة المنتج، والناتج الذي يحتاج إلى معالجة لإعادة صلاحيته.

ونظراً لإعتماد الكلي على المفتش فقد إزدادت تكلفةالرقابة على الجودة، ولتقليل التكلفة كان لا بد من أن يشارك العامل في عملية الرقابة وقد تم تدريب العامل لكي يتحقق من جودة المنتج بواسطة أجهزة قياس مما يمكن العامل من ضبط الخطأ منذ أول وهلة وهذا أدى إلى خفض تكلفة التفتيش.

إن تطور الجودة أظهر الأهمية في مفهوم توكيد الجودة **Quality Assurance** وقد تمخض ذلك نتيجة لإهتمام الحكومات والهيئات بتأكيد مفهوم الجودة، بالإضافة إلى تلبية إحتياجات العميل التي صارت دافعاً أساسياً ذا أثر إستراتيجي يعمل على تحفيز المنظمة لتطوير المنتج أو الخدمة، كما أن تخزين المنتج والإحتفاظ به أصبح لسد النقص الناتج عن قلة الجودة. هذا أدى إلى إنبثاق أربع مستويات لتطور إدارة الجودة الشاملة، وهي:

1- إدارة الجودة الشاملة (إدارة العمليات، مجموعة العمل، سياسة الإنتشار).

2- تأكيد الجودة (قياس الأداء، دوافع مشاركة العاملين).

3- مراقبة الجودة (بيان أداء العمليات، إستخدام الإحصاء، تطـور تخطـيط الجودة).

4- الفحص (تطبيق الإجراءات الصحيحة).

ومن جانب آخر أضحى أثر الدوافع علىتحقيق الجودة الشاملة يمثل نقطة إرتكـاز هامة تعمل على تطوير الأداء.

وعلى سبيل المثال تحتاج منشآت الأعمال غلى قوة عاملة مـن الأفـراد للقيـام بالأنشطةالمختلفة التي تعتزم تنفيذها. وقبلالحصول على الإحتياجات من القوى العاملة عليهاأن تضع برنامج عدد ونوع الأفراد المطلوبين وكيفية إسـتقطابهم وإختيـارهم وتدريبهم وتحديد أجورهم ورعايتهم وترقيتهم والإستغناء عنهم. بالإضافة إلى ذلـك يجب على المنشأة أن تقيم علاقات طيبة بينها وبين الأفراد يراعـى فيهـا الجوانـب الإنسانية لسلوك كل من المنشأة والعاملين. وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن وظيفة الأفراد في المنشآت التجارية والصناعية يعهد إليها بمهمة ذات شـقين، الشـق الأول ويتناول شئون الأفراد، والثاني يتناول العلاقات الإنسانية.

ويختلف الدور الذي تؤديه وظيفة الأفراد من منشأة إلى أخرى، ولكنه يعتمد علـى حجم المنشأة وطبيعة النشاط الذي تعمل فيه، كما يختلف المركز الذي يحتله القائم بهذه الوظيفة من منشأة إلى أخرى. فبعض المنشآت تعلق أهمية كبيرة على وظيفة الأفـراد وتسندها إلى نائب رئيس مجلس الإدارة أو إلى نائب المدير العـام. بينمـا في بعـض المنشآت الأخرى لا تلقى إهتماماً ملحوظاً ويعهد بها إلى إدارة فرعيـة في المسـتويات الدنيا من التنظيم. وبصرف النظر عن إختلاف درجات الإهتمام التي تعطى لوظيفـة الأفراد فيمكن القول أن هذه الوظيفة في المنشأة الكبيرة يعهد إليها بالمهام الآتية (17):

1- وضع سياسات الأفراد الرئيسية والإجراءات العامـة الـتي تسـتخدم للإسترشاد بها في بداية تحديد العلاقة بين المنشأة والعاملين فيها.

-2 القيام بجمع وتفسير المعلومات الخاصة بأداء العاملين فيها.

-3 تجنيد واختيار العاملين الجدد.

-4 توجيه وتدريب العاملين.

-5 الإشراف على برامج تقييم الأفراد.

-6 مساعدة رؤساءالإدارات الأخرى فيما يتعلق بشئون العاملين كالترقيـة، النقل والإستغناء.

-7 وضع تحليل للمهام وتقييم للوظائف في المستويات المختلفة للمنشأة.

-8 وضع نظام للأجور والمكافآت وغيره من الحوافز.

-9 مساعدة الإدارة فيا لشئون القانونية الخاصة بالعاملين (18).

لقد عرف تخطيط القوى العاملة على أنه وسيلة لضمان الحصـول علىـالأفراد اللازمين لسير العمليات الإنتاجية والتسويقية والإدارية المختلفة خلال فترة زمنية مستقبلية من كفاءات محدودة وبأعداد معينة، بينما نج أن ستينر Stainer قـد عرف تخطيط القوى العاملة من كونه إستراتيجية الحصول على مـواردا لمنظمـة البشرية وإستخدامها وتطويرها وعرضها، كما عرف تخطيط القوى العاملة بأنـه الموازنة بين عرض القوى العاملة والطلب عليها.

بينما تكمن أهمية تخطيط القوى العاملة بالأهداف المتعددة التي يروم تحقيقها، منها:

العناية بالإنسان:

فالإنسان يمثل أغلى وأندر ماتملكه الطبيع بإعتباره عنصراً فريـداً يصـنع الحيـاة ويطورها ويخلق أبعاداً جديدة لها، ويضيف عليها المزيد من التقدم والرفاهية ولذا فإن تخطيط القوى العاملة يمثل المفتاح العلمي للعناية بالإنسان الذي يملك القـدرة علـى المساهمة بطاقاته في تحقيق أهداف أمته (19).

مفهوم الدوافع ومكوناتها:

يمكن القول بأنالحوافز: هي أن سلوك الفردتحده عوامل ثلاثـــة: ســـبب منشـــيء للسلوك، وهدف تسعى إلى بلوغه وهو يملك سلوكاً معيناً وأخيراً قوة دفع توجه هذا السلوك. فالدافع هو قوة محركة وموجهة في آن واحد فالسلوك يتأرجح نتيجة لحالـــة من القلق والإهتياج ولاتوتر فلا يهدأ الفرد ويسكن حتى يبلغ غايته، وبذلك يرضـــى الفرد دافعه فيخفف ما كان يعانيه من ألم وتوتر. وكأن السلوك وسيلة لإزالة هذاالتوتر أو خفضه أو كأنه وسيلة يستعيد بها الفرد توازنه الذي إختل من جراء نشاط الدافع.

لقد عرفالدافع على أنه النقص الذي يشعر به الإنسان في بعض حاجاته الأساســـية، ذلك المعنى يخرج عن كونه قوة محركة وشعور داخلي، يثير سلوكه نحو غاياته المعينـــة وهي إشباع حاجاته الناقصة.

نظريات الدوافع:

ويمكن تلخيصها فيما يلي:

1/ النظرية الكلاسيكية:

وهي تلك النظرية التي ترتكز أساساً على أن الدوافع الإقتصادي هو خير الدوافع للعمل. وهي بذلك لا تعتد بالفكر القائل أن العامل إنسان لـــه مشـــاعره وأفكـــاره ومعتقداته وحاجاته المؤثرة في عملية افالإنتاج إن لم يكن هو لبها*.

2/ نظرية العلاقات الإنسانية:

وهي النظرية التي تنادي بضرورة تفهم طبائع وتصرف العاملين وميولهم ورغبـــاتهم لخلق تعاون مشترك بينهم وبين الإدارة لتحقيق أهداف مشتركة **(20).**

3/ نظرية التفضيل والتوقع (Preference Expectation):

وهي النظرية التي تنادي بضرورة تفهم طبائع وتصرفات العاملين التي تعود إليه بأكثر نفع ممكن وهو يختار بين الأنشطة او تلك الجهود الموظفة حينما يتوقع أن هذه الجهود هي السبيل الأكيد أو المحتمل لتحقيق اهدافه.

4/ نظرية العاملين الصحي والتحفيزي:

وركيزة هذه النظرية أن هنالك مجموعتين من الحالات تـؤثران علـى سـلوك الأفراد بطرق متباينة هي الحاجات البيئية التي تقوم بدور طليعي في منع تذمر العاملين من العمل ولكنها لا تؤثر إيجابياً فيه كسياسة الإدارة والإشـراف وشـروط العمـل والعلاقة بين الأفراد والأجور ومكانة الفرد والأمان. وهنالك المجموعة الثانيـة وهـي الحاجات التي يطلق عليها الدوافع وهي تلك الحاجات التيتدفع الفرد لتقديم المزيد من العطاء والنشاط ولذا فإن وجودها في المنظمة له أثرا إيجابي كاعتراف الإدارة بالعمـل الجيد (21).

وقد إهتم ماسلو بنظرية الحاجات البشرية **"theory of human needs"** لأنها تعبر عن نقص في إشباع مادي أو غير مادي، والجانب الإداري يعتبر هذا المفهوم بأنه في غاية الأهمية، حيث يؤثر النقص في إشباع حاجـات الفـرد علـى إتجاهـات وسلوكيات الفرد ، ومن ثم قسـم إبراهـام ماسـلو **(Ibraham Maslow)** الحاجات البشرية إلى خمسة أنواع وهي الحاجات الطبيعية، الأمنية، الإجتماعية، التقدير وتحقيقالذات. كما يظهر في هرم الحاجات لماسـلو **(Hierachy of Needs)** . ويلاحظ أن نظريته إعتمدت على مبدأين كما يلي:

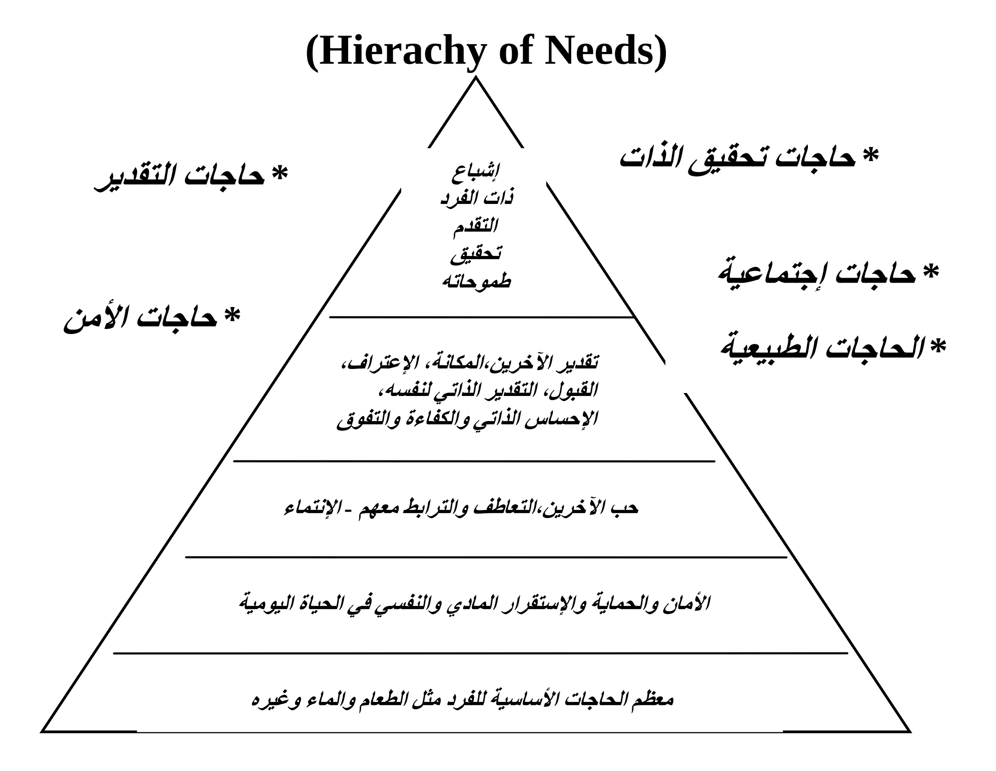
أ- مبدأ نقص الإشباع: بمعنى الحاجة المشبعة لا تمثل محركاً للسلوك، بل الذي يحرك السلوك هو الحاجة غيرالمشبعة.

ب- مبدأ تدرج الحاجات: وتبدو الحاجات الخمس على شكل هـرم، حيـث تظهر الحاجة المطلوب إشباعها بمجرد إشباع الحاجة في المسـتوى الأقـل منها. أنظر شكل رقم (4). (39)

شكل رقم (4)

هرم الحاجات لماسلو

(Hierachy of Needs)



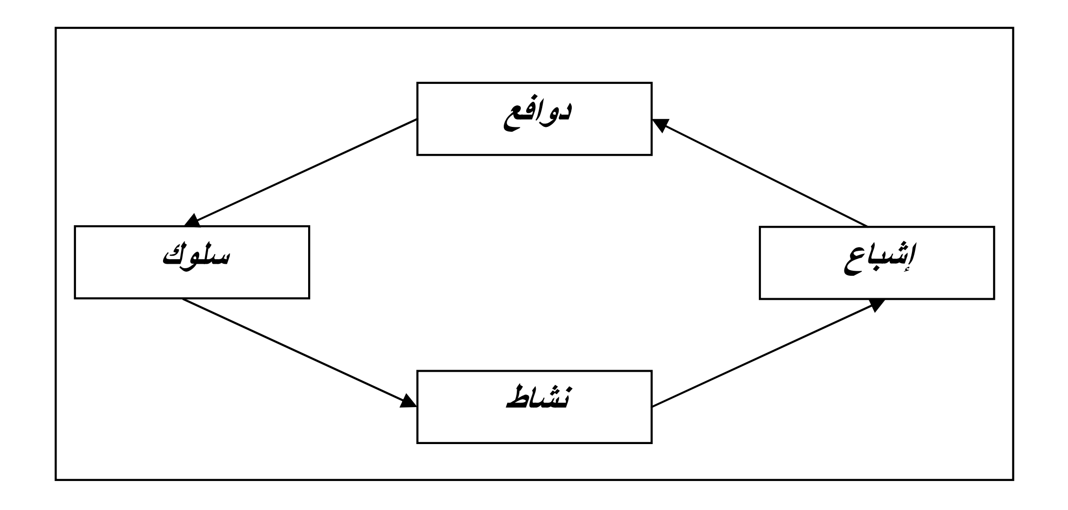
هرم الحاجات لماسلو

الحوافز:

هي وسائل الإشباع المتاحة أو الأدوات التي يتم بموجبها الإشباع أو الحوافز، وهي مجموعة الظروف التي تتوفر في جو العمل وتشبع رغبات الأفـــراد الـــذين يســـعون لإشباعها عن طريقالعمل.

كما عرفت الحوافز على أنها العوامل التي تدفع العاملين في الوحـــدة الإنتاجيـــة إلى العمل بكل قواهم لتحقيق الأهداف المرسومة كما لا شك أن هنالك صلة وثيقة بـــين الدوافع وإشباع حاجات الفرد، فالدوافع تدفع الأفراد للتصرف تصرفاً معيناً وعلـــى شكل نشاط لإشباع حاجة معينة ويمكن تصوير ذلك وفق الشكل رقم **(5)**:

شكل رقم (5)
الصلة بين الدوافع وإشباع الرغبات



أنواع الحوافز:

هنالك زوايا متعددة يمكن أن نصنف بموجبها الحوافز:

أ/ الحوافز السلبية والحوافز الإيجابية:

فالحوافز السلبية هي خوف العاملين من العقاب والتهديد. تتصف الحوافز الســـلبية بمعارضتها لكل تجديد وإبداع. وتقترب على أحسن تقدير بأقل ما يمكن من مســـتوى

العطاء والإلتزام. أما الحوافز الإيجابية فهي تلك الحوافز الـــتي تنمـــي روح الإبـــداع والتجديد في العمل.

ب/ الحوافز المادية والحوافز المعنوية:

الحوافز المادية هي الحوافز التي تشبع حاجات الفرد المادية وهـــي ملموســـة تتخـــذ أشكالاً متنوعة كالأجر والعلاوات السنوية والزيادات في الأجر لمقابلـــة الزيـــادة في نفقات المعيشة والمشاركة في الأرباح والمكافآت والأجور التشجيعية، وضمان إستقرار العمل وظروف وإمكانات العمل المادية وساعات العمل والخـــدمات المختلفـــة الـــتي تقدمها الإدارة للعاملين. أما الحوافز المعنوية فهي تلك الحوافز التي ترضي الحاجـــات الذاتية للإنسان إلى جانب إشباعها للحاجات الإجتماعية والتي تزيـــد مـــن تماســـك العاملين وشدهم نحو العمل. وأبرز أشكالها إتاحة فرص التقدم أمام الأفـــراد وإتاحـــة الفرصة لهم للمشاركة في رسم السياسات واتخاذ القرارات الخاصة بإدارة العمل ومنح الأوسمة والشهادات وإعطاء الألقاب، ونشر أسماء المبدعين عن طريق وسائل الإعـــلام المختلفة وإتباع وسائل التكريم للمبدعين.

شروط نجاح الحوافز:

هنالك شروط أساسية لا بد من أخذها بعين الإعتبار إن أرادت المنظمة أو المنشـــأة الإستفادة من الحوافز في إنجاح العملية الإنتاجية وزيادة مردودها، وهي: -

1- أن ترتبط بأهداف العاملين والإدارة معاً إذ لا بد مـــن أن تحـــدد مســـار الحوافز بحيث يؤدي ألى تحقيق أهداف العاملين والمنظمة معاً. وهذا يتطلب إقامة جسور مشتركة بين أهداف العاملين والمنظمة.
2- أن نخلق صلة وثيقة بين الحافز والهدف.
3- إذ لا فائدة من تلك الحوافز التي لا تحرك الدوافع عند الإنســـان الـــذي يدفعه للتصرف هادفاً لتحقيق رغباته.
4- كما لا بد من أن تحدد الوقت الملائم الذي تستخدم به الحوافز وخاصـــة تلك الحوافز المادية التي لا بد أن تكون في مواعيد محددة ومتقاربة.

5- أن تضمن إستمرارية الحوافز وذلك بخلق الشعور بالطأنينة لدى الأفـــراد بتوقع إستمرارية قيام المنظمة بإشباع تلك الحاجات وضـــمان ذلـــك في المستقبل.

6- أن تضمن المنظمة الوفاء بالتزاماتها التي تقررها الحوافز.

7- أن السياسة التي تنظم الحوافز تتصف بالعدالة والمساواة والكفاءة.

8- أن يدرك الأفراد السياسة التي تنظم الحوافز وذلك لتؤدي دورها في تحفيز الأفراد نحو مزيد من الإنتاج.

9- أن تتناسب الحوافز تناسباً طردياً ملحوظاً مع الجهود التي يبذلها العاملون لتؤدي دورها في تحفيز الأفراد وتقديم المزيد من الجهود وتشجيع العاملين وعلى الإبداع والإبتكار.

10 - أن ننمي في ذهن العامل العلاقة القوية بين الأداء الجيد والحصول علـــى الحافز.

11 - أن يكون الحافز متناسباً مع دوافع الفـــرد وأن يكـــون الأداة لتخفـــيض النقص في الإنتاج.

الحوافز: أبعادها وأهدافها:

الحوافز بمفهومها العام هي مجموع العوامل المادية والمعنوية التي تساعد الشخص على التقدم إلى أقصى ما تمكنه طاقته الكامنة. والحوافز تساعد على التجديد وإعادة التفكير والتجريب والتساؤل والتأمل والإقتراح ثم إستخدام الطاقات بشكل جديد. فالعمـــل بمفهومه العلمي هو المجهود الفعلي أو الذهني الذي يبذله الإنسان في تأدية عمل معـــين تحت ظروف معينة مقابل أجر معين يتناسب مع حجم وطبيعة هذا العمل. أما معـــدل الأداء فهو متوسط حجم العمل الذي يقوم به الشخص العادي في الظروف العادية في وقت مناسب.

وإذا ربطنا بين العمل بمعدلات أداء معينة وبين الأجر نجد أن الأصل في تقدير الأجر أن يحدد تبعاً لهذه المعدلات ومع ذلك فإن الأجور تتفاوت من شخص لآخر وبين وقت وآخر كما تتفاوت من مكان لمكان آخر ذلك أن هناك تعاوناً في الطاقات الكامنة في الأشخاص عن طريق دراسة سلوكهم أثناء العمل وتحت مختلف الظروف ليس فقط بوصفهم أفراداً ولكن كذلك بوصفهم أعضاء في جماعات العمل معاً. وبالتالي الإدارة السليمة هي التي تبادر بالرد على هذه الأسئلة في شكل أسئلة مقابلة، ما هي الطريقة التي ينبغي أن أسلكها حتى يشعر الأفراد بالإحساس بالمشاركة الكاملة في المسئولية؟! وما هو الحافز الأفضل الذي إذا تم منحه برزت مواهبهم ومحاسنهم الكامنة وتحقق أفضل الأداء أثناء سعيهم نحو تحقيق الأهداف؟!

إن دراسة الحوافز ترتبط بدراسة نظام الأجور، فكلما كانت الأجور مجزية كلما أمكن الحصول علىالعدد المناسب من الأفراد لهذا العمل. إن الصلة بين الأجر وناتج العمل تلقي ضوءاً على قيمة العمل ذلك أن لا عمل بلا أجر، وأن الأجر حسب العمل، وأن قيمة العمل تقدر بما يبذله الإنسان فيه من جهد وإتقان.

وفي الحديث الشريف "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه". كذلك إذا لم يدفع صاحب العمل الأجر بانتظام ودون تأخير فإن ذلك يؤثر في الحالة النفسية للعامل بما قد يؤدي في النهاية إلى الإضرار بالإنتاج. وفي أحاديث الرسول صلى الله عليه وسلم "أعطوا الأجير حقه قبل أن يجف عرقه".

إن صاحب العمل يحاول أن يحدد الأجر علىأساس الحد الأدنى الذي يقبله ويحقق لصاحب العمل في الوقت ذاته أقصى ربح يمكنه الحصول عليه. وهذاالحد يكون بالنسبة للعامل هو الحد الذي يضمن له الحياة وهو ما يدفعه إلى قبول العمل تحت هذه الظروف. "ونظرية الحوافز والأجور" تظهر في المجتمعات الرأسمالية وتؤدي بطبيعة الحال بعد وقت معين إلى مطالبة العمال بتحسين أجورهم أو بتخفيض عدد ساعات العمل إلى غير ذلك مما يحدث دوماً في الدول الرأسمالية. أما بالنسبة للمجتمعات الإشتراكية

فإن الوضع يختلف حيث أن العامللا يأخذ قيمة عمله كاملة ولكن فائض القيمة يعود عليه إما في شكل خدمات (الصحة، التعليم والدفاع) وإما أن يستخدم فائض القيمـــة في زيادة الإستثمارات اللازمة للتنمية الإقتصادية والإجتماعية بما يعود عليه فيا لنهاية بشكل أو بآخر (22).

ويترتب على ذلك ضرورة التفرقة بين الدافع على العمل والحافز عليه لأنهما يمثلان المهمة الأساسية لإشباع رغبات العامل.

الدافع: هو الحاجة إلى الأجر بالحد الذي يسمح للفرد أن يعيش وأن يستمر في العمل ويرجع تحديد حجم العمل والأجر المقابل لأدائه في هذه الحالة إلى صاحب العمل.

أما **الحافز :** فهو رغبة العامل في تحسين حالته الإجتماعية وأمله في حياة أفضل عـــن طريق زيادة أجره. وزيادة الأجر تقتضي زيادة إنتاجه أو تحسينه بما يترتب عليه زيـــادة في فائض القيمة أو بمعنى آخر فإن الحافز هو العامل الذي يدفع الفرد إلى تأدية العمـــل على نحو أفضل وبذل جهد أكبر مما يبذله غيره (23).

وتعتقد الباحثة أن الحافز الحقيقي للعامل هو تخصيص المدير ساعتين من كل شـــهر للإجتماع بمرؤسيه وهو إجتماع يضم الإدارة العليا والإدارة الوسطى والإدارة الـــدنيا حيث يستطيع الموظف/العامل طرح قضاياه، طموحاته وإختراعاته.

أيضاً هذا الإجتماع من أهدافه لقاء أسرة المنظمة الواحدة مع بعضها الـــبعض لنبـــذ التفرقة وحلالمشاكل، ويستطيع المدي تحفيز المهارات داخل هذا الإجتماع، ربما يكون الحافز خطاب شكر، شهادة عرفان، مبلغ مالي أو حافز معنوي.

المبحث الثاني
الجودة الشاملة من منظور النظرية البيروقراطية

أفاد العالم الإجتماعي الألماني ماكس فيبر أن وضع نظرية البيروقراطية عقلاني وضروري يتناسب مع المجتمع الصناعي في غرب أوروبا وجعل النظام كجزء من النظام الإجتماعي الشامل وهو نظام أكثر ثبوتاً وواقعية وأنه بديل للنظم القديمة وهما التقليدي والكاريزمي* وأثبت فيبر بعض الخصائص وهي: -

1- **وجود درجة عالية من التخصيص البيروقراطي وتوزيع العمل على أساس التخصص.**

2- **السلطة متدرجة من أعلى إلى أسفل.**

3- **الصلة بين الأفراد رسمية وغير شخصية ويحددها القانون واللوائح.**

4- **تعيين العاملين حسب الكفاءة والمقدرة الفنية وليس بصلة القربى والصداقة والإنتماءات الطائفية والعشائرية. "إذن فاتخاذ القرار ليس فيه إعتبارات شخصية".**

سلبيات البيروقراطية:

وتظهر سلبيات البيروقراطية في ميل القيادات إلى تنفيذ التعليمات حرفياً حتى ولو كانت هنالك فرص لإحداث تعديلات، وذلك بما يتفق مع المصلحة العامة والمنطق. وينتج رد الفعل السلبي مناالخوف من المسئولية وضعف الشخصية، وعدم القدرة في الثقة بالنفس والعمل وقلة الإمكانيات الذاتية للقيادات. مع ملاحظة أن جميع السلبيات تحول دون التغيير إلى الجودة بل تتجه إلى الإنحرافات في السلوك في شكل قصور من العمل أو البطء فيه.

نقد البيروقراطية:

يرى فيبر أنها أفضلالنظم الإدارية من حيث القرار الذي يتخذ على أساس عقلاني ويجد إلتزاماً من الأفراد ولكنه نظام مكبل لحرية وحركة الفرد. بالرغم من ذلك فقد

نجحت البيروقراطية، حيث ركزت على السلطة الرسمية وهي المحرك للأفراد والموجه لسلوكهم اداري وأهملت الجوانب الإنسانية ومقدرات الأفراد الذاتية في تحفيز أنفسهم للعمل الخلاق والبناء إذا ما وجد التوجيه السليم **(24).**

معدل الإنتاج:

هذاالنوع من التقارير يعتمد أساساً على كمية الإنتاج وتستخدمه في العادة الشركات الصناعية

---

* الكاريزمي: تعني **Charismatic**، جذاب، أيضاً صفة للشخص القيادي

والتجارية ليتسنى لها عن طريقه قياس درجة كفاءة إنتاج الفرد خلال فترة زمنية محددة.

نلاحظ أن تقارير الكفاية الإنتاجية كما عرفها د. محمد أنس جعفر في كتابه **(25)** " نظم الترقية في الوظيفة العامة وأثرها في فاعلية الإدارة" بأنها تحليل دقيق لما يؤديه العامل من واجبات وما يتحمله من مسئوليات **(26)**، بالنسبة للوظيفة التي يشغلها، ثم تقييم هذا الأداء تقييماً موضوعياً، وفقاً لنظام واف يكفل تسجيل عمل كل فرد ووزنه بقياس دقيق وعادل، بحيث يكون التقدير في لنهاية للكفاية الحقيقية للعامل، وذلك خلال فترة زمنية محددة. وجاء الإستاذ "هيرتز" وعرفها بأنها: (منجم ذهب يزود إدارات شئون العاملين بالمعلومات الصحيحة التي تفيد في رسم السياسات الوظيفية بالمنظمة وتنفيذها وتتبعها).

كمايرى د. حمدي عبدالهادي (أن تقرير الكفاية إنما يعني قياس مدى توافر الصفات اللازمة لحسن أداء وظيفة ما .. في شاغلها).

والغرض في العادة من هذه التقارير هو تتبع سير الموظف وظيفياً ومراقبته، زيادةً في كونها حافزاً له لإظهار كفاءته وإبرازها، إذ أن شعور الموظف بالمتابعة والمراقبة كفيل بأن يخلق فيه روح المثابرة والتفاني في عمله، وإحساسه بالمسئولية الملقاة على عاتقه، كما ان هذه التقارير هي الصورة التي تقدم للموظف ليعرف من خلالها موقع مركزه

الوظيفي ليصلح من شأنه إذا كان ضعيف التقديرات، وليزيد من إبراز جدارته إن كان من ذوي التقديرات العالية.

كما أن لهذه التقارير أغراض إدارية أخرى، منها إعطاء صورة واضـــحة وشـــاملة بالمصلحة يرى الرئيس الأعلى من خلالها مدى ما وصلت إليه إدارته من حيث الكفاءة والإنتاج، ويتسنى له وضع خططه المستقبلية على هدى ما يصله من هـــذه التقـــارير (27).

طريقة بروست:

وسميت هذه الطريقة بإسم واضعها الأستاذ (ج.ب. بروست)،الذي كـــان يشـــغل وظيفة رئيس لجان الإمتحانات بلجنة الخدمة المدنية (بسان باولو بالولايـــات المتحـــدة الأمريكية)، وخلاصة هذه الطريقة يعتمد على إعداد نماذج للتقارير تحتوي على أكبر قدر ممكن منالصفات الشخصية والتي تدل على مدى كفاية المستخدم بالنسبة لنوعية معينة من العمل، وذات خصائص محددة يقوم الرؤساء المباشرون للمستخدم باختيـــار الصفات التي يرونها من وجهة نظرهم أكثر إنطباقا من غيرها وأقربها دلالة على درجة كفاية الوظيفة (28).

المبحث الثالث

التدريب

مفهوم وأهمية التدريب:

التدريب هو عملية تزويد الموظف بمهارات ومعارف وقواعد سلوك موجه لتطوير أداء وظيفته، أو إستعمال تقنية حديثة تتعلق بها أو تأهيله لشغل وظيفة أعلى في المستقبل، ويختلف التدريب عن التعليم في أن الأول يسعى لإكساب المتدرب معلومات وخبرات وإتجاهات خاصة بالعمل، في حين أن الثاني يركز على إعطاء الفرد معارف ومعلومات وقدرات عامة موجهة لشخصه، وذلك باستثناء بعض انواع التعليم التي تشتمل بطبيعتها على تدريب عمل كالطب والزراعة والتعليم الفني والحرفي(29).

تعتبر وظيفة التدريب والتنمية الإدارية للعاملين بالمنشأة إحدى الوظائف الهامة لإدارة الأفراد . ولا تختلف أهمية التدريب وضرورته بالنسبة للمنشآت الكبيرة أو الصغيرة، ولكن هذه المنشآت باختلاف أحجامها عادة ما تتخذ أساليب متباينة لإنجاز متطلباتها من التدريب، ونجد أن المنشآت المتوسطة والصغيرة تعتمد في تدريب العاملين بها على مراكز ومؤسسات التدريب المتخصصة خارج المنشاة. فوظيفة التدريب مكملة لوظيفة الاختيار والتعيين، فلا يكفي أن تقوم إدارة الأفراد باستقطاب واختيار وتعيين العاملين وانما منالضروري أن يسبق عملية الاختيار والتعيين إعداد برامج تدريبية تساعد على تطوير وزيادة مهارات العاملين وتحسين قدراتهم على أداء الأعمال المسندة إليهم، ذلك لأن العامل البشري شأنه في ذلك شأن عناصر الإنتاج الأخرى والأدوات والأجهزة، مثلا يحتاج إلى الرعاية والتطوير وفقاً لخطط وبرامج محددة. وتتمثل هذه الرعاية للعامل البشري في مساعدته على إكتساب الجديد من المعلومات والمعارف وتزويده بالأساليب الجديدة لأداء الأعمال وصقل مهاراته في تنفيذ ما يعهد إليه من واجبات ومسئوليات.

التدريب هو نشاط مخطط يهدف إلى تزويد الأفـــراد بمجموعـــة مـــن المعلومـــات والمهارات التي تؤدي إلى زيادة معدلات أداء الفرد في عمله. ولتوضيح أكثر لمفهـــوم التدريب يمكن القول بأنه يتضمن العمل على تنمية النواحي التالية في الفرد:

1/ تنمية المعرفة والمعلومات لدى المتدرب، ومنها:

- معرفة تنظيم المنشأة وسياستها وأهدافها.
- معلومات عن منتجات المنشأة وأسواقها.
- معلومات عن خطط المنشأة وطرق تنفيذها.
- المعرفة الفنية بأساليب وأدوات الإنتاج.
- المعرفة بالوظائف الإدارية الأساسية وأساليب القيادة والإشراف.
- معلومات عن المناخ النفسي والإنتاجي للعمل.

2/ تنمية المهارات والقدرات للمتدرب، ومنها:

- المهارات اللازمة لأداء العمليات الفنية المختلفة.
- المهارات القيادية.
- القدرة على تحليل المشاكل.
- القدرة على إتخاذ القرارات.
- المهارات في التعبير والنقاش وإدارة الندوات والإجتماعات.
- القدرة على تنظيم العمل والإستفادة من الوقت.
- المهارات الإدارية في التخطيط، التنظيم، التنسيق والرقابة.

3/ تنمية الإتجاهات للمتدرب، ومنها:

- الإتجاه لتفضيل العمل العمل بالمنشأة.
- الإتجاه لتأييد سياسات وأهداف المنشأة.
- تنمية الرغبة في الدافع إلى العمل.
- تنمية الإتجاه إلى التعاون معالرؤساء والزملاء.
- تنمية الروح الجماعية للعمل.

- تنمية الشعور بالمسئولية.
- تنمية الشعور بأهمية التفوق والتمييز في العمل.
- تنمية الشعور بتبادل المنافع بين المنشأة والعاملين (30).

أعتقد أن أهمية التدريب تتميز بأنها تعمل على رفع كفاءة الإدارة العليا والإدارة الوسطى خاصة. وإذا أخذنا مثالاً لمستشفيات العاصمة الخرطوم نجد أن مدير المستشفى غالباً ما يكون طبيباً أو يوكل إليه ممارسة العمل الإداري والطبي معاً.

ونسبة لتطور عصرالمعلومات فقد صار علم الإدارة في تطور مضطرد وبالتالي يصبح تدريب مدير المستشفى داخل وخارج القطر أمراً ضرورياً. اما الإدارة الدنيا أو الإشرافية فهي تحتاج إلى تدريب مكثف لأنها ستمثل شريحة الكادر الفني والمهني (31). وأحياناً يتم التدريب في شكل مجموعة أو فردياً وذلك حسب ما تقتضيه المهنة، مما يحتم ترسيخ الجودة.

الحاجة إلى تدريب إداري:

إن إدراك الدول النامية بأن موظفي الخدمة المدنية يحتاجون إلى الإعداد من خلال التعليم والتدريب حت يمكنهم القيام بممارسة دورهم ومسئولياتهم يمضي ببطء شديد. فقد ركز المدخل التقليدي على أن المهارات الإداريةتعتبر فناً بالفطرة أو على أفضل تقدير يمكن إكتسابها من خلال الممارسة الفعلية (32).

برغم أن التدريب والتنمية الإدارية* من المهام الأصلية لإدارة الأفراد على المستويين المركزي واللامركزي إلا أن الواقع أن التنمية الإدارية لا تقل في أهميتها كجزء من النشاط الإداري عن أية عملية إدارية أخرى. فتكوين جيل إداري يمكنه أن يتولى القيادة في المستقبل ويعتمد عليه في معالجة مشاكل التنمية قد أصبح بصورة متزايدة جزءاً أصيلاً لا يتجزأ من العمل الإداري (33).

وأعتقد أن التدريب يلعب دوراً مهماً في تنمية القدرات خاصة في الدول النامية التي لم يستثمر عطاؤها الإقتصادي والتنموي والصحي والثقافي والإجتماعي بعد.

وتعتقد الدارسة بالإمكان أن يتطور التدريب بأساليب "نظرية النظم" وهي نظريـــة تمتاز بالكفاءة والفعالية ومن ثم أن تفعيل التدريب يمكن أن يتم من خـــلال "نظريـــة النظم" وهي نظرية تعمل من خلال المدخلات والتحولات والمخرجات والتغذية المرتدة في إطار التنظيم الإداري للمنظمة كالآتي:

(التحولات Process): يتم التدريب إستناداً لدراسات متطورة مقارنـــة بـــدول الجوار والدول المتقدمة في مجال الطب وإدارة المستشفيات على أن يتصف القـــائمون بالتدريب بالمهارة والمعرفة بسلوك المتدربين حتى يستطيع المدرب قياس وتسجيل نسبة أداء الفرد أثناء التدريب مقارنة بالمعيار الذي تهدف إليه وزارة الصحة.

(المخرجات): توقع كوادر مدربة على عدة قنوات مختلفة حسب احتياجات وزارة الصحة، وبعمل

---

* التدريب والتنمية الإدارية يستخدمان في نفس المعنى وهو رفع مهارات العـــاملين إلا أن التدريب يرتبط بأساليب عملية وأساسية بينما التنمية الإدارية تـــرتبط بأســـاليب تعتمد على الإستجابة الذاتية ومن هنا يقترن التدريب بالمستويات الإدارية الأدنى بينما التنمية الإدارية بالمستويات الأعلى.

تلك الفئة التي نالت التدريب من أجل أهداف أساسية وهي:

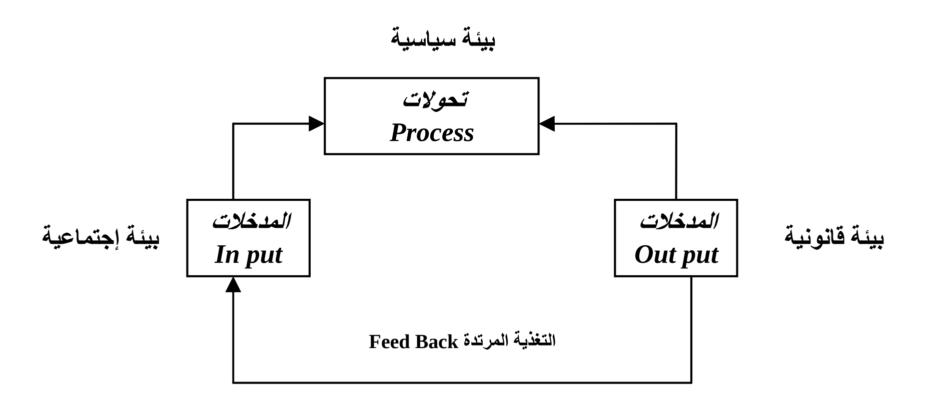
الهدف الأول: ترسيخ المبدأ الإستراتيجي لتحديد مسار الخط الوظيفي للفرد حاضراً ومستقبلاً.

الهدف الثاني: تدريب المديرين لإتباع الأسلوب الحديث الأمثـــل لنظـــام الحـــوافز والترقيات والتعويضات ودراسة سلوك الأفراد العاملين بالمنظمة.

الهدف الأول والثاني: هما أساسيان ويعملان على رفع شعار الجودة بطرق سليمة. سعياً لرضا العاملين وذلك يأتي من مفهوم العدالة في الأجر المتساوي مقارنـــة بالجهـــد المبذول من العامل والمكافأة التي يحصل عليها.

وبالإشارة إلى نظريةالنظم نجدها تعمل داخل عـــدة بيئـــات مختلقـــة: وهيالبيئـــة التإجتماعية والبيئة السياسية والبيئة القانونية والبيئة الإقتصادية وهذه البيئات تعمـــل بطريقة هندسية متناسقة مع بعضها البعض وبانتظام باستخدام الرقابة علـــى الجـــودة. أنظر الشكل رقم **(6)**:

شكل رقم (6)
نظرية النظم



علماً بأنه قد أصبح من الضروري الإهتمام بالعمليات والنظم والرقابة على الجودة فقد ذكر رونالد أنه قد حدث في السنوات الأخيرة تغير جذري في النظريات والمفاهيم المتعلقة بالعمليات وكيفية مراقبتها. ولقد وصل نظام المعلومات الهندسية إلى الصـــورة المثلى بفضل إستخدام الرقابة بالكمبيوتر عند معالجة البيانـــات الإداريـــة الداخليـــة بالتكامل مع البيانـــات الخارجيـــة. وتســـتخدم الآن نظـــم المعلومـــات الإداريـــة **Management Information System (MIS)** في فـــتح مجـــالات جديدة للمعرفة تمكن من الوصول إلى درجة الفاعليـــة **(Effectiveness)** في أي نشاط محدد. ولقد ساهم التطور الحديث في مجال مراقبة الجودة في الوصول إلى إمكانية

تحقيق الرقابة على الجودة بشكل شامل بواسطة تطبيق المدخل الإداري الذي ينظر إلى الصورة الشاملة (الكلية) بدلاً من تحليل كل مكون على حدة (34).

وتعتقد الباحثة أن تنظيم العمل لا يتم بصورة فاعلة إلا بتطبيق الإحصاءات الرياضية التي تستطيع من خلالها ترقية الأداء، حيث أن الرياضيات هي اللغة المشتركة في نظرية النظم، وتصدى كينيث بولدنج (Kenneth Boulding) في سنة 1966م – عند إختباره لنظرية عامة للنظم - للمشاكل التي تقف في طريق التطوير المستمر لمدخل النظم. لاحظ الدكتور بولدنج أن لكل فريق عمل وظيفي لغة خاصة به ضمن هيكله. كما إكتشف أن الرياضيات هي اللغة التي يمكن إستخدامها بنجاح كلغة مشتركة. ولا يتوقف إستخدام الرياضيات كلغة لتحقيق التكامل ولكن إستخدامها يشمل أيضاً إعتبارها مقياساً للإنجاز. وهكذا ولدت الرقابة الإحصائية للعمليات بدون أن يكون لها إسم في البداية.

أما عن التفاعلات التنظيمية فقد قدم جونسون (Johnson) وكاست (Kast) وروزنزيج (Rosenweig) مفهوم التفاعلات التنظيمية (Organizational Dynamics) بعد حوالي عشر سنوات من دراسة بولدنج وذلك في كتابهم المشهور "نظرية وإدارة النظم" (Theory & Management of Systems) ولقد قارنوا في دراستهم بين التفاعلات(Dynamics) في تنظيم معين بخلية حية منفتحة على محيطها.

بدأوا بإفتراض أن الخلية نظام مفتوح ثابت على حاله بينما تتغير في داخله كل من المكونات والطاقة. وتتأثر الخلية بهذه التغيرات كما تؤثر بدورها في البيئة المحيطة بها. ويتحقق التوازن الديناميكي النهائي للخلية عن طريق التغيرات الثابتة في البيئة.

وينطبق هذا الوصف للنظام الخلوي والخاص بالشروط والبيئة تماماً على تنظيم المشروعات. إن تنظيم المشروعات يتفاعل ديناميكياً أيضاً مع البيئة. وتتكون البيئة الخاصة بالمشروعات من العملاء والمنافسين والتنظيمات العمالية والموردين والحكومة

وغير ذلك من المنظمات. وإذا مضينا في المقارنة قدماً فإننا ننظر إلى تنظيم المشروعات كنظام مكون من أجزاء مترابطة تعمل معاً لتحقيق عدد من الأهداف.

ولقد تتبع العلماء الثلاثة المقارنة بين كل منالخلية الحية والمشروع في محاولة لتكوين نموذج على نسق الجهاز العصبي للجسم الذي يعتبر نظاماً للاتصالات يؤدي العقل فيه وظيفة المستوى الإداري الأعلى. وقدم العلماء الثلاثة نموذجاً مشهوراً يعتبر أساساً للمفاهيم الحالية للإدارة والتي لا زالت صالحة للتطبيق.

للوصول إلى تحسين النظم التي تتغير باستمرار فان الأمر يحتاج إلى توجيه وقياس هذه التغيرات. وأصبح الإحصاء أداة رئيسية تستخدم لهذا الغرض. وتطبق الرقابة الإحصائية في المجالات الإدارية المختلفة. ويمكن أن يؤدي ذلك إلى إيجاد البيانات المستخدمة في رفع كفاءة التنظيم وكذلك رفع كفاءة العمليات داخل هذا التنظيم. وتستخدم هنا طرق المعاينة **(Sampling).** وكذلك خرائط المراقبة الإحصائية لعمليات في معرفة النقط التي تقع خارج الضبط في التنظيم. وتفحص العمليات للوصول إلى النقط خارج الضبط **(Out of control).** لمعالجتها على حدة وإدخالها تحت الضبط.

تطبيقات على تأثير مكان العمل:

يتضمن موقع العمل في العادة عمليتين: الأولى هي وضع سياسة الشركة وإجراءاتها ومعتقداتها بهذا الخصوص. والثانية هي عملية التطبيق الفعلي لذلك. ولا تتساوى العمليتان. إن العمليات التي يصممها أفراد من الإدارة الحالية تعتمد أساساً على خبراتهم السابقة. ولذلك فإن العمليات التي يصممها المهندسون القائمون حالياً بالعمل داخل المعمل تكون مبنية على أساس الأسلوب الحالي للعمل.

وتشير الدراسة إلى أن "نظرية النظم" لها فوائد جمة حيث تعتبر بأنها تقنية معلوماتية حديثة ومن خلالها تستطيع التعرف على عمل إدارة الإعمال كما ذكر الباحث: إن قدرات تكنولوجيا المعلومات أصبحت توضع في البلدان بشكل متزايد في مجالات

التعليم والتدريب الوظيفي والرعاية الصحية وإنتاج وتوزيع الغذاء والإدارة البيئية من أجل بدء مرحلة النمو الإقتصادي ولتحسين نوعيةالحياة ولكن لن تتقدم عملية التنمية إلا من خلال إدارة رشيدة.

فالإدارة هي عملية تخطيط وتنظيم وصنع قرار وقيادة ورقابة أنشطة المنظمة واستخدام لكلالمواردالتنظيمية، البشرية، المالية والمعلوماتية بغرض إنجاز أهدافالمنظمة بكفاءة وفعالية. وهنالك خمسة عناصر ومكونات أساسية لإدارة الأعمال، فقد جاءت من نظريةالنظم وهو نظام يتكون من مجموعة من العلاقات والتفاعلات بين الأجزاء المختلفة منه، والتي تعمل ككل متكامل ويتصف هذا النظام بأنه مفتوح أي يتأثر ويؤثر في البيئة المحيطة ويتكون من العناصر التالية:

1- مدخلات النظام: وتتكون من الموارد الأولية واليد العاملة ورأس المال والتقنية والمعلومات.

2- التحولات: ويقصد بها التغييرات الكمية والنوعية بهدف تحويل المدخلات من شكل إلى آخر.

3- مخرجات النظام: وتشمل سلع وسيطة ونهائية أو خدمات.

4- التغذية المرتدة: وتمثل قدرة النظام على تصحيح أنشطته وعلى تزويده بالمعلومات الضرورية اللازمة لاستمراره.

5- البيئة: وتتكون من البيئة الإقتصادية والسياسية والإجتماعية والقانونية وتلعب دور المؤثر والمتأثر في علاقتها بالنظام وبأنشطته.

ويشير د. محمد علي الطويل إلى أهمية مدرسة الإدارة بالأهداف في تفعيل العمل الإداري، فالإدارة ترسي دائماً مباديء تطورها من معطيات الفترة الزمنية المعاشة، وكمرحلة جديدة للفكر الإداري إنبثقت مدرسة الإدارة بالأهداف وهي المدرسة التي ترتكز على عدة مباديء وأسس إدارية شملت ضرورة تحديد المسئولية الشمولية وتفويض لأداء نظامي اولي، واهتمت بالقيادات والإشراف باعتبارهما العنصرين

الأساسيين في عكس واقع العمل وايجابياته وقصوره ومعرفة كيفية معالجته في حينـــه، وأعطى هذا الأسلوب قدراً كبيراً من الأهمية.

من الشائع في الكثير من المنشآت وضع معلومات تفصيلية لطبيعةالعمل الذي يرتبط بكل مركز أو وظيفة وذلك بناءاً على تحليل ودراسة للمسئوليا والسلطات والعلاقات التي تتتضمنها وتسجيل هذه المعلومة كتابياً وتستخدم كتوصـــيف معتمـــد للمهمـــة بصرف النظر عن شاغلها. ويتضمن توصيف المهمة معلومات تفصيلية عن الآتي:

1- إسم ولقب المهمة أو الوظيفة أو المركز.
2- الإدارة أو القسم الذي تؤدى فيه المهمة أو الوظيفة.
3- المهام او الوظائف أو المراكز ذات الإتصال أو العلاقة معها.
4- الظروف التي تؤدى فيها المهمة أو الوظيفة أو المركز.
5- المسئوليات التي ترتبط بها.
6- شروط العمل المرتبطة بالمهمة أو المركز.
7- المؤهلات المطلوبة في شاغلالمهمة أو الوظيفة أو المركز.

وقد ذكر د. محمد علي الطويل (مرجع سابق) يتم التوصيف بمجرد أن تنشأ المهمـــة المهمة أو الوظيفة وفي الكثير من الحالات قد لا يتم توصيف المهمة إلا بعد إنقضاء فترة زمنية كافية. وفي مثل هذه الأحوال فإن التفصيلية عن المهمة يتم تجميعها من العاملين أو المشرفين أو من الملاحظة المباشرة للمهمة ذاتها.

طلب الإلتحاق هوالتعبير المسجل عن الرغبة في الإلتحاق بعمل معـــين يقـــر فيـــه الطالب مبدئياً بأنه يمتلك القدرات والمهارات اللازمة للقيام بهـــذا العمـــل والهـــدف الرئيسي من طلب الإلتحاق هو توفير كل المعلومات التي ترغب المنشأة في معرفتها أو يرغب الطالب تقديمها منظمة وصريحة ويتضمن طلب الإلتحاق بعض الأســـئلة عـــن الخلفية التاريخية للطالب، والخبرة العملية، والمؤهلات التعليمية، والبيانات الشخصـــية وغير ذلك من من المعلومات التي ترغب المنشأة في معرفتها عن الطالب، والواقـــع أن

طلب الإلتحاق إذا أحسن إعداده ورتبت المعلومات بطريقة جيدة يمكن إعتباره فرصة لكل من المنشأة والمتقدم.

تستطيع المنشأة أن تحصل على كل المعلومات الضرورية بسرعة وبذلك يمكنها تخفيض تكاليف الإختبار أما بالنسبة للمتقدم فيمكنه من خلال الطلب أن يعرض القدرات التي يملكها ويرى أنها يمكن أن تساعد المنشأة.

وتسطيع المنشأة تقسيم المصادر المحتملة للحصول على القوة العاملة إلى مصادر داخلية ومصادر خارجية.

والمصادر الداخلية تتكون من القوة العاملة في المنشأة بالفعل. وإذا استطاعت المنشأة الإحتفاظ بسجلات دقيقة وكافية لأداءا لعاملين، فإن مثل هذه السجلات تساعد على التزويد بمعلومات كافية لتقييم الأمكانيات المتاحة، ويمكن إستخدامها لتحديد إستعدادات كل فرد وقدراته لتولي مهام أخرى في المنشأة.

وتستخدم هذهالطريقة لترشيح العاملين لتولي المراكز ذات المسئوليات الأكبر والأجور والمرتبات الأعلى.

أما المصادرالخارجية فهي التي تقع خارج المنشأة وتلجأ إليها المنشآت للحصول على حاجاتها من القوة العاملة. ويفضل البعض المصادر الخارجية لما توفره من فرص أكبر للإختيار، رغم انها مكلفة وتحتاج إلى وقت أطول نسبياً، ومن بين المصادرالخارجية التي تتاح للمنشآت ما يأتي:

1- جذب العناصر المتميزة من المنشآت المنافسة وذلك باغرائها بالأجور الأعلى والمكافآت وشروط العمل الأفضل.
2- الإلتجاء إلى مكاتب العمل الحكومية أو المكاتب الخاصة التي يمكنها أن تقوم بعملية تصفية للمتقدمين وبذلك تساعد على تسهيل عملية الإختيار.
3- الإلتجاء إلى الجامعات أو المعاهد حيث يمكن التعرف على قدرات ومؤهلات المرشحين مقدماً قبل الدخول إلى سوق العمل.

4- الإعلان مباشرة في الصحف والمجلات أو في الإذاعة والتلفزيون عن الوظائف الشاغرة ومواصفاتها وأجورها وشروطها والمؤهلات المطلوبة بها.

أما وسائل إختيار الأفراد فتبدأ عملية إختيار الأفراد عادة عندما تنشأ مهمة أو وظيفة جديدة، أو عندما تتواجد مهمة أو وظيفة شاغرة، وفي هذه الحالات تخطر إدارة الأفراد ويطلب منها ترشيح من يشغلها.

الفصل الثالث

دراسة الحالة

المبحث الأول

أثر مفهوم الجودة الشاملة في زيادة كفاءة الأداء

في ا لمستشفيات الخاصة والعامة للفترة 1995- 2002م

مقدمة:

العنوان المذكور أعلاه يستهدف أهم غاية تنشر في مجال السياسة والإستراتيجية والخطط والبرامج بحيث تؤدي حصيلة كل هذه الأطر إلى مستوى رفيع من الأداء والخدمة التي تقدم للفئات المختلفة في مستشفيات القطاعين العام والخاص.

وعندما نتعرض للجودة الشاملة فإن الأمر تتداخل خلاله عناصر متعددة تتكامل فيها الجهود الإدارية والفنية والمالية والوظيفية حتى نصل إلى تقديم الخدمات العلاجية نفسها.

والأمر ليس بهذه البساطة فإنه مهما وضعت الأطر السليمة وخططت للإمكانات المادية والفنية والبشرية فإن هنالك عوامل أخرى تتدخل سلفاً في أي من النسق المذكور أعلاه.

ولعل العنوان أعلاه يذكرالفترة الزمنية من 1995 إلى 2002م وهذه الحقبة تدخل ضمن الإستراتيجية القومية الشاملة، والتي تمتد خلال الفترة من 1992 إلى 2002م.

وقبل أن نتعرض إلى بعض معايير مفهوم الجودة الشاملة وهي الخلاصة للجهود السياسية والإقتصادية والفنية والإدارية التي تحكم وتوجه وتحدد مستويات الكفاءة والجودة المطلوبة في جميع المستويات المختلفة من السياسات العامة إلى السياسات الإدارية العليا. وأقسام الوحدات إلى أن تصل إلى الهياكل الوظيفية في شتى أبعادها من حيث الكفاءة والمسئولية المحددة لكل وظيفة ومجالات التعاون والتنسيق المشتركة بينها.

هذا الإطار المتكامل عن مفهوم الجودة الشاملة يعين على وضع المؤشرات التقييمية للنظام الإداري متكاملاً على شتى المستويات الإدارية للأقسام والوظيفية للأفـــراد ... وعندها يمكن معرفة مواطن القصور والخلل والضعف تمهيداً لوضع أســـاليب معالجـــة السلبيات من البيانات المصنفة من التقارير الدورية المعتمدة .. هذا هو النهج العلمـــي السليم بعد الإعتماد على خلفية معلوماتية راسخة.

هنالك بعض المؤشرات التي ورددت في الإستراتيجية الشـــاملة **1992 -2002**م، إستراتيجية التنمية الصحية صفحة **55 (35)**. فقد أوضحت **"**أن الصحة قطاعاً خدمياً شمولياً وهي هدف إجتماعي رئيسي تتكامل جهود كل القطاعات فيه لتطوير الخدمات الصحية بهدف تحقيق الصحة للجميع وهي مسئولية المجتمع كله**"**.

- وورد في مجال الأهداف القطاعية الهدف رقم **(7)** ونصه **"**تأهيل المستشفيات ورفع كفايتها وتوفير الأسرّة للمواطنين وفق المعدل العالمي **(3** أسرّة لكل ألف شخص**)** وتمكين وتعزيز قدرتها بما يغني عنالسفر للعلاج بالخارج**"**.
- الهدف رقم **(9)** توفير الدواء توفيراً كاملاً.
- الهدف رقم **(10)** إنشاء الصناعات الطبية لمعـــدات المستشـــفيات وأدوات الجراحة والمستلزمات الطبية وأدوات المعامل ومضاعفة الموجود منها مما يحقق الإكتفاء في الأساسيات منها.
- الهدف رقم **(11)** تنمية القوى البشرية من أطباء وفنيين ومساعدين وممرضين.
- الهدف رقم **(12)** تحديث نظم المعلومات الصـــحية وتعميمهـــا والاهتمـــام بالتثقيف وزيادة الوعي الصحي.
- وورد أيضاً في مجال رعاية الأمومة والطفولة صفحة **(56)** لبرنـــامج الرعايـــة الآتي: -

1- تعميم التطعيم لكل أطفال السودان تحت سن **5** سنوات والأمهات اللاتي في سن الإنجاب ليبلغ **100%**.

2- خفض نسبة وفيات الأطفال دون سن الخامسة من **123** في الألـــف إلى **45** في الألف.

3- تطوير البرنامج القومي للصحة المدرسية لتشمل كل البلاد.

4- مكافحة أمراض سوء التغذية ونشر التوعية الصحية بصفة عامة والغذائية بصفة خاصة.

5- دعم كل الأجهزة الفنية المركزية والهياكل الإدارية والتنظيمية والإقليمية للتحصين والتغذية ومكافحة الإسهالات وأمراض الجهاز التنفسـي بمـا يكفل لها القيام بالدور الفني والتنفيذي على الوجه الأكمل.

6- تحديث نظم جمع المعلومات الصحية في مجالات رعاية صحة الأم والطفـل وتعميمها بما يكفلالمتابعة والإشراف والتخطيط السليم لهذه البرامج.

- وفي مجال إقتصاديات الصحة صفحة **(60)** جاءت كما يلي:

"أدى تناقص معدلات النمةو الإقتصادي وزيادة عدد السكان إلى إنخفاض إسهام القطاع العام في الإنفاقالصحي فهبط في السودان من **4.5%** من الميزانية في عام **1972**م إلى **1.3%** في العام **1983**م، وقد أبانـت الدراسـات أن تـدهور الخدمات الصحية مرده لثلاثة أسباب رئيسية هي قلة الإمكانات، وسوء توزيعها، وضعف نظام الرعاية الصحية الأولية والزيادة العالية في تكلفة الرعاية الصحية".

ولقد جرت تجربة عدة أنماط ولتوفير موارد من المسـتفيدين مـن الخـدمات الصحية لدعم موارد النظام الصحي ، مثل العون الذاتي ورسوم خدمات العيـادة والمعمل والأشعة ونظام الصحة المدرسية ونظـام الـدواء الـدائري والعـلاج الإقتصادي بالرغم من نجاح بعض هذه الأنماط إلا أن عائدها لا يزال ضئيلاً مقارناً بما ينفق على الخدمات الصحية.

الخلاصة:

إن ما ورد في الفقرة الأخيرة المتعلقة باقتصاديات الصحة ذكرت عوامل كثيرة أدت إلى تدني المجال اصحي بأكمله وقصور الدعم المالي في هذا القطاع الهام الذي يحطم كل الأهداف النظرية – البعيدة عن الواقع ... فتكون المقارنة الواضحة بين الإستراتيجية كإطار نظري عام خالية من عوامل الدفع الأساسي لتحسين الخدمات وتحفز العاملين مادياً وتدريبهم فنياً ... وإذا أهملت هذه الجوانب أو قصرت عنها الإمكانات .. فإن تقييم المجال اصحي نفسه لن تجد المقومات العلمية والمعلومات الصحيحة المصنفة، فيبقى القصور دون معالجة ما دامت المسببات مجهولة نوعاً وكماً ومدىً.

هنالك ملاحظة عامة تتصل بمفهوم الجودة وهي أن المستشفيات الخاصة وهي تستهدف الربحية كغاية أساسية تكون أفضل تخطيطاً وتنفيذاً ومتابعةً من المستشفيات الحكومية العامة إلا أنها قد ترفع التكلفات إلى مستويات عالية جداً وقد يدخل المريض في فحوصات وتشخيصات أساسية مكلفة وقد لا تكون ضرورية ولكنها تعتبر وسائل رفع الربحية كعمل تجاري بحت.

أما المستشفيات الحكومية العامة فإن عوامل الجودة التي تبنى على الإمكانات غائبة مما يجعل الخدمات الصحية عاجزة عن أن تقدم للمواطن الخدمة العلاجية وهو أيضا عاجز عن مواجهة تكلفة المستشفيات الخاصة وتكون الحالة الصحية عموماً في مستويات متدنية رغم أهميتها لكل القطاعات الإجتماعية وهنا تكون الدولة هي المسئولة إذا كانت تصرف مالها العام بسخاء وترفع راية قلة الإمكانات عندما يكون الأمر متعلقاً بصحة المواطن والمرض لا يستثني أحداً بل الفقراء أكثر عرضة له لضعف التغذية والمتطلبات الأخرى المتعلقة بالحالة الصحية.

بعض مؤشرات تحديد مستويات الجودة الشاملة:

- أن تكون السياسات ذات أولوية لتعطي المقومـــات الأساســـية للخـــدمات الصحية.
- أن تتوفر الإمكانات الفنية من حيث المعدات اللازمة في المجال الصحي لكافـــة أدوات التشخيص والعلاج.
- أن تتكامل الأطر الإدارية على شتى المستويات بحيث تتضح مسئوليات كـــل طبقة إدارية من الوزارات في الإدارة العليا وتكون عرضة للمحاســـبة وفـــق ذلك.
- أن تتوفر قاعدة علمية لكافة المعلومات الصحية المتصلة بالوحدات والإدارات والمعدات والمرضى وخلافه وأن تصدر بصددها تقارير أســـبوعية وشـــهرية وسنوية تعكس مسار العمل ومجالات التقصير والتأخير وتحديد مسئولية ذلك للقسم أو الموظف المختص حتى لا تستمر أوجه القصور دون تحديد مسئولية أو مجال العلاج.
- أن تؤدي الأقسام مهامها بوضوح تحاسب عليه من قبل الإدارة العامة.
- أن تكون برامج التدريب مستمرة لكافة الكوادر الفنية والإدارية على شـــتى المستويات لاكتساب الخبرات والمهارات المهنية تحسيناً للأداء.
- أن تتابع علاقة المرضى بكافة مستويات الإدارة أو العلاج من حيث الإهتمام بالمريض وفق أخلاقيات المجال الطبي دون تقصير أو تعال.
- أن تكون المهام الوظيفية لكل فرد محددة حتى إذا حـــدثت أخطـــاء تكـــون المسئولية معلومة ومعروفة من أجل محاسبة المتسبب.

مفهوم كفاءة الأداء:

لقد إرتبط تحقيق كفاءة الأداء بمعيار الكفاءة الإنتاجية، وبالتالي أصبحت رفاهية الدول وتقدمها يقاس بمدى مقدرتها الإنتاجية.

وقد أشار فريدريك تايلور إلى اهمية تقسيم العمل والتي من خلالها تستطيع الرقابة ضبط سير أداء العامل وفاعلية إنتاجيته في إطار الزمن المعياري، بينما سلوكياته تشير إلى الإنضباط والتعاون مع زملائه، علماً بان تلك المعطيات الآنفة الذكر هي غالباً قد برزت من تخطيط إدارة رشيدة عملت على تطبيق الجودة.

كما يلاحظ أن الطبيب والسستر والموظف بالمستشفيات المختارة كعينة لهذه الدراسة يؤدون أعمالهم وفق جدول وبرنامج محدد أثبت كفاءة وجدارة إدارية فاعلة.

قياس العمل:

يحدد قياس العمل الوقت الذي يحتاجه العامل الماهر لأداء مهمة محددة بمستوى معين من الأداء. وبينما تساعدنا طريقة دراسة العمل على تقليص الحركة غيرالضرورية يساعدنا قياس العمل في تقصي إمكانية التقليل وبالتالي التخلص من الوقت غيرالفعال الذي لا يؤدى أثناءه عمل مفيد.

ويستخدم قياس العمل أيضاً لوضع الزمن القياسي للقيام بالعمل، لذلك يساعد قياس العمل على:

- مقارنة فعالية الطرق البديلة.
- تحديد عدد أعضاء فريق العمل بدقة.
- تحديد عددالماكينات التي يمكن أن يشغلها أو يراقبها العامل.
- توفير المعلومات باستخدام المعايير القياسية للزمن، والتي يمكن أن يبنى عليها تخطيط وجدولة العمل.
- وضع المعايير لاستخدام الماكينات وأداء العمل.
- توفير المعلومات حول التحكم في تكلفة العمل وحول التكاليف الثابتة.

- تحديد المعلومات التي يمكن بناءاً عليها تحديد المناقصات وأسعار البيع ووعـــود التسليم.

كيف يمكن أن يكون التقييم أداة لتطوير الأداء في المؤسسات:

إن تقوية الأداء الحكومي وتطوير الإنتاجية والنوعية والتوفيق والاستجابة والفعالية بالنسبة لبرامج المؤسسات العامة أمر مهم للجميع، خاصة المستفيدين مـــن الخـــدمات العامة هنالك العديد من المعوقات تؤثر على ذلك بعضها سياسي وبعضها بيروقراطـــي وبعضها فني بحيث يتأثر الأداء في المؤسسات الحكومية.

إن صانعي السياسة العامة والمديرين يعملون في ظروف معقدة في البيئات السياسية والبيروقراطية والمتصلة بأهداف متنافسة والتي تعاني من ثقل وتكدس المعلومات رغـــم قلة االقوى العاملة والموارد، إضافة إلى ضيق في مواجهة الإحتياجات المنوطة بها.

وتنقسم المسئولية والصلاحية بين المؤسسات على المستويات المختلفة وبين القطاعين العام والخاص وحتى في المؤسسة الواحدة نجد إختلافاً يتعلـــق بمفهـــوم الأداء الممتـــاز والإختلافات حول الأهداف والأولويات والإختلاف في أههم المقـــاييس الأساســـية للأداء.

إن صانعي السياسة والمديرين لا يجدون المعلومات المتصلة بسير الأداء وعـــن كيفيـــة الحصول والوصول إلى أداء راق.

ومع هذه المعوقات والشكوك وعدم التحيز فإن صانعي السياســـة والمـــديرين في مواجهة ذلك لا يعطون الأولوية للإرتقاء بالأداء بالنسبة للمؤسسات والبرامج الـــتي تقع تحت مسئوليتهم. والأداء الحكومي دائماً عاجز عن تلبية مســـتويات مرضـــية في الخدمة العامة.

وتواجه صانعي السياسة العامة والمديرين أربعة تحديات رئيسية في مجال القيادة:

1- تحديد أهداف المؤسسات والمنظمات.
2- تأمين الفهم الواعي للأولويات في مجال الأهداف والإتفاق على ذلك.
3- توفير بيانات مستمرة عن الأداء المؤسسي العام فيما يختص بالأهداف.
4- تشجيع وتطوير الأداء المؤسسي.

وأشار بعض المختصين إلى خمس خطوات تتعلق بالأداء الممتاز في الأجهزة الحكومية:

1- تعريف الأداء المستهدف.
2- تنفيذ برامج ذات فعالية.
3- تقييم الأداء.
4- تشجيع الأداء العالي الممتاز.
5- الربط بين القيم والأداء الفعال.

ولعل أهمية التقييم في الأداء ضرورية لكشف سلبيات الأداء ومعالجة مواطن الخلل حسب معطيات التقييم المتكامل والذي يفضل أن يجرى بصفة دورية.

وإذا ألقينا نظرة فاحصة على الأداء في المؤسسات الصحية الحكومية سواء أكانت مستشفيات أو معامل للفحوصات أو أجهزة تشخيصية نجد أن الخدمة الحكومية تتوافر للسواد الأعظم من المواطنين الذين لا يملكون تغطية الانب المادي لتكلفة العلاج بمؤسسات القطاع الخاص هن اتبدو خاصية الوفرة المتاحة وتتضح ضرورة المتابعة اللصيقة للأداء في المؤسسات الصحية الحكومية وبقدر فعالية التقييم وتطوير الأداء يمكن الإستفادة من الإمكانات المحدودة من قبل المواطنين بكافة قطاعاهم وهنا تبرز أهمية إستيعاب صانعي السياسة الصحية العامة لأهمية إيصال الخدمات الصحية لكافة القطاعات الريفية والحضرية بحيث لا يكون الجانب المادي حجر عثرة وحرمان أما الأغلبية الفقيرة وحتى لا تنتفي صفة الخدمات الصحية كخدمة أساسية مرتبطة بالمواطنة.

في الجانب الآخر فإن المؤسسات الصحية في القطاع الخاص رغم أن قطاعاً عريضـــاً من السكان لا يملك القدرة المادية للإستفادة من الخدمات الصحية، إلا أن المستشفيات الخاصة ومعامل الفحص الطبي الخاصة أكثر تأهيلاً من حيث المعدات الحديثة والكوادر المؤهلة ومستويات النظافة والإنضباط الإداري. إلا أن هنالك إنتقادات قد تصدق أحياناً وهي تتصل بالتكلفة العالية وبأن بعض المؤسسات تتجه للتوسع في عمليات التشخيص والفحوصات كمتطلبات ضرورية للعلاج بينما لا يخفى دافع الكسب المادي ... حيث أنها مؤسسات من أجل الربحية في المقام الأول.

الأخلاقيات المرتبطة بالتعامل مع المرضى:

تختلف الإتجاهات في تقدير وتحديد نوعية العلاقة بين الأطباء والمرضى، وكل له ما يبرر أسلوبه الذي يتبعه.

فبعض الأطباء مثلاً يميلون إلى عدم إفهام المريض بحقيقة مرضه وخطورتها، خاصةً إذا كان المرض خطيراً كالسرطان باعتبار أن إفهام المريض بحقيقة الأمر قد يدخله في حالة نفسية سيئة وتتسرب إلى نفسه خواطر اليأس والقنوط مما يجعله في معانة صعبة هو في غنى عنها.

والبعض الآخر يرى أنه من الأمانة ومن الإلتزام الأخلاقي إخبار المريض وإطلاعه على حقيقة الأمر. وهذا الإتجاه يميل إلى أن معرفة المريض بحقيقة حالته الصحية يساعده على أقلمة حياته مع المستجدات المترتبة على ذلك بحيث يتمكن من إتخاذ الإجراءات والتدابير لأموره الخاصة والعامة.

يتوخى الطبيب إيصال الحقيقة بالتدرج وعلى مراحل ليكون عنصرالقبول أقرب من المفاجأة والصدمة وأحياناً تكون القضية بين المريض والممرض.

"ففي حالة تأخيرالطبيب لإخطار المريض بحقيقة مرضه فإن بعض الممرضين والممرضات قد يكونون محبطين باعتبارهم الأكثر تواجداً جوار المريض وقد يشعرون بأن أخلاقيات المهنة تقتضي إخطار المريض ومصارحته بحقيقة الأمر ولكن من الأفضل

أن يكون مثل هذا الأمر لمجموعة تضم الطبيب والممرض وبعض أعضاء الفريق الصحي لمواجهة الموقف ويمكن إخطار أسرة المريض أيضاً" (36).

ولا شك أن هذا الجانب الأخلاقي الذي إختلفت الآراء بصدده يؤثر على نوعية الخدمة الصحية المقدمة. وهذا يقودنا لإبراز الدور الهام للتنمية الإدارية.

المبحث الثاني

مفهوم التنمية الإدارية

تعتبر التنمية الإدارية في الوقت الحاضر هدفاً لمعظم الدول والحكومات. والتنمية الإدارية في جوهرها هي القدرة المتجددة في بناء وتنمية وتطوير المفاهيم والإتجاهات الحالية والمتطلبات المستقبلية لمواجهة مقتضيات التنمية بهدف تأمين جميع المقومات الضرورية لقيام مؤسسات إدارات التنمية تعمل بكفاءة تمكنها من تحقيق الأهداف الإنمائية المطلوبة وبالتالي فإن التنمية الإدارية ترتكز على وضع منهج متكامل لها لتوفير المهارات البشرية الضرورية لعملية التنمية(37).

كما أن هنالك أهدافاً فرعية بجانب الهدف الرئيسي للتنمية الإدارية وهو تنمية القدرات المتجددة لإدارة التنمية الإدارية كما يلي: -

1- يهدف إلى تدعيم عناصر التفاعل العضوي الإيجابي والتوازن الديناميكي بين التنمية السياسية والإقتصادية والإجتماعية والثقافية.

2- تعتبر القوى البشرية أن الإنسان هو أعلى الإستثمارات في عملية التنمية وهو هدفها ووسيلتها الأساسية جعل تنمية القوى العاملة يمثل هدفاً رئيسياً للتنمية الإدارية.

العمل والإنسان:

عند البحث في هذه العلاقة نجد أن هناك إرتباطاً وثيقاً بين الفرد والعمل منذ نزوله للأرض سعياً لإشباع حاجاته ومنافعه التي تسهل الحياة على الأرض، وجعلته يشحذ

فكره ويسخر إمكانياته لمقابلة الصعوبات التي تواجهه في كل مكان وزمان. ومن أجل ذلك كتب على الفرد العمل والسعي إليه، وأصبح للعمل مكانة في حياة الأفرادوإثرائها ووجود الإنسان يعيش في جماعات بطبعه الإنساني وخصائصه الأمر الذي يجعل من الضرورة تعاونه مع الآخرين في تبادل المنافع التي يتميز بها كل فرد عن الآخرين. وبالعمل تبلورت هوايات الناس وخلقت تكاملاً جديداً ينمو مع الزمن في تكوين علاقات إنسانية وإقتصادية وتجارية وإستثمارية.

والله سبحانه وتعالى استخلف الإنسان في الأرض ليعمرها وسخر له الأنعام والموارد من أجل ذلك. والحياة تسير وتتطور وتتغير ومعها تتطور وتتغير مطالب الإنسان من أجل تحسين الحياة له ولأسرته ومجتمعه. وهذا فرض بدوره على الفرد العمل والجهاد في سبيل تحقيق تلك الإحتياجات وبالتالي أصبحت علاقة الإنسان بالعمل علاقة عضوية. وتبع ذلك أن العمل أصبح عنصراً من عناصر إثبات الذات ومن دوافع الإنسان جميعها بحيث يحس بذاتيته في نوع الجهد الذي يبذله وحساب ثمار هذا الجهد. وعندما يتحقق ذلك يكون الإنسان فخوراً بأدائه ولا سيما عندما يتحقق الإشباع لحاجته المادية والنفسية والإجتماعية ويقوي من قيمته الثقافية التي تسود مجتمعه. **(38)**

وأعتقد أن ما جاء أعلاه قد صاغه العالم **"**إبراهام ماسلو**"** في نظريته **"**هرم الحاجات**"** والتي كانت مدخلاً هاماً لتطوير مفهوم التنمية البشرية.

وتعتقد الباحثة أن معرفة سلوكيات الإنسان تعمل على تحجيج رغباته، فمثلاً إذا عملت إدارة المستشفيات على إشباع وتلبية رغبات الكوادر العاملة بالمستشفى، فإن تلك الكوادر تستطيع إنجاز جميع ما يسند إليها من مهام. ومن ثم يحصل **"**العميل**"** على خدمات متقدمة من تلبية لإحتياجاته العلاجية من دواء وخدمة ممتازة.

إجراءات الرقابة على الجودة:

تعني كلمةالجودة في نظر الكثير منالناس الجودةالمرتفعة، إلا أن المفروض أن مستوى الجودة الذي يتطلبه المستهلك في سلعة ما هو أعلى مستوى جودة ممكن في حدود السعر المحدد لهذه السلعة.

ولكلمة الجودة معنيان، معنى عام لمعايير ذاتية فإذا عجبنا الشيء فهو جيد وإذا لم يعجبنا فهو رديء، والمعنى الثاني وهو المعنى العلمي للجودة وهو مطابقة السلعة لمواصفاتها فمثلاً إذا أنتجت سيارة وزادت نسبة المواد المرتفعة الجودة عن النسبةالمطلوبة قد تعتبر جيدة حسب وجهة النظر الأولى، ولكن طبقاً لوجهة النظر الثانية التي تهمنا فهذه السيارة غير جيدة لعدم مطابقتها للمواصفات المطلوبة.

والرقابة على الجودة بمفهومها العلمي الحديث ترتبط إرتباطاً رئيسياً بالبحث العلمي، فعن طريق البحوث المستمرة يتمكن الباحث من وضع المواصفات او المعايير المناسبة لإستغلال جميع الإمكانيات المتاحة. كذلك فإن نتائج وبيانات الرقابة على الجودة والتحليل الإحصائي لها تساعد الباحث للوصول إلى أفضل الطرق لتطوير وتحسين الإنتاج والمنتجات.

إجراءات الرقابة على الجودة:

تمر إجراءات الرقابة على الجودة والإعداد لها بعدة خطوات أهمها: -

أولاً: تحديد المكان الذي تتم فيه الرقابة:

تجري عملية الرقابة إما في أماكن التشغيل نفسها لكل مرحلة إنتاجية أو تجري في مكان خاص مستقل عن طريق أخذ عينات من مراحل التشغيل المختلفة، وأحياناً تستعمل الطريقتين وهذا يتوقف على ظروف وطبيعة المرحلة المراد رقابتها وعلى طرق الفحص والإختبار وطرق أخذ العينات وعددها ونوع الأجهزة المستعملة.

ثانياً: تحديد المجال الذي ستشمله عملية الرقابة:

وهذه لا د أن تشمل المراحل التالية: -

1- فحص المواد الخام الداخلة في التشغيل.
2- مراقبة مراحل التشغيل المختلفة وتحديد مناطق ضبط الجودة لكل مرحلة.
3- المنتج النهائي قبل تسليمه للمخازن.

على أن تحدد في المجالات السابقة عدد العينات وحجمها وطرق أخذها وطرق الفحص والإختبار وحدود السماح غير أن تحديد المجال الذي ستشمله عمليات الرقابة يتوقف على عدة إعتبارات أهمها: -

1. درجة الدقةالمطلوبة في السلعةالمنتجة.
2. الرغبة الجدية في رفع مستوى الجودة.
3. التغيرات المتوقعة في أدوات المستهلكين. **(40)**

ثالثاً: تحديد المواصفات والمعايير والمقاييس:

بمعرفة الجهات الفنية بالشركة المنتجة، وتغطي هذه المواصفات المجالات التالية: -

1- المواد الخام.

2- العمليات الصناعية.

3- المنتج النهائي.

رابعاً : تحديد الأجهزة المطلوبة واختيار العاملين في عملية الرقابة

وهي تتضمن تحديد نوع ومواصفات الأجهزة المطلوبة على الجودة ويجب تدريب الفنيين على تشغيل هذه الأجهزة لضمان صحة نتائج الفحص.

خامساً : تصميم النماذج والتقارير والدورة المستندية المعدة لها:

وهي تتضمن تصميم نماذج وتقارير ضبط الجودة لتسجيل نتائج الفحص والإختبار، ويجب ان تكون هذه النماذج واضحة و مفهومة وبسيطة بحيث يسهل قراءتها وفهمها مع تحديد الدورة المستندية لها ومراعاة وصول التقرير أو النموذج للأشخاص الذين يهمهم الأمر في الوقت المناسب وإلا فقد قيمته. وبالتالي هذا يحتاج إلى وسائل لمراقبة الجودة.**(41)**

***الوسائل الإحصائية لمراقبة الجودة:**

تعتمد الرقابة العلمية الحديثة لجودة الإنتاج على الرقابة الموضوعية المبنية على أسس الحقائق العلمية وليس على الإجتهاد الفردي وبالتالي فان الرقابة الحديثة تعتمد علـــى أدوات القياس العلمية التي ترتبط بالعمل ولا تنفصل عنـــه. وبالتحليـــل الإحصـــائي للإنحرافات عن المقاييس والمعايير والمواصفات الموضوعية يمكن معرفة وتحديد مـــواطن الضعف حتى يتمكن المسئولون من إتخاذ الإجراءات الكفيلة بتصحيح هذه الإنحرافات في الوقت المناسب والمكان المناسب بالدقة المطلوبة. ومن طبيعة أي صـــناعة ضـــرورة وحتمية وجود بعض الإختلافات والتغييرات في بعض الوحدات المنتجة، إذ لا يمكن أن تكون هذه الوحدات متماثلة حتى بفرض ثبات المواد الخام المستعملة وثبـــات جميـــع ظروف التشغيل الأخرى. وهذه التغييرات والإختلافات ترجع إلى أســـباب متعـــددة يمكن حصرها في قسمين رئيسيين: -

أولاً: أن تكون هذه الإختلافات قد حدثت صدفة دون سبب معين ويطلـــق عليهـــا التغيرات أو الإنحرافات العشوائية ويجب التسليم بوجودها وتعذرالتغلب عليها وهـــذه الإختلافات مقبولة علمياً في حدود معينة يمكن تحديدها مقدماً مع حـــدود الســـماح الممكن لقبولها.

ثانياً: أن تكون هذه الإختلافات والتغييرات مسببة أي تحدث نتيجة لأســـباب معينـــة كعيوب في تصميم الآلات أو في التنفيذ.

ومن الوسائل الإحصائية المستخدمة في حل مشاكل الرقابة على مســـتوى الجـــودة بقصد تحديد القدر من العيوب المسموح به يستخدم في ذلـــك إحـــدى الطـــريقتين الرئيسيتين:

1- إستخدام التوزيعات التكرارية وحساب المتوسطات بعـــد جمـــع نتـــائج الفحص لعدد من الوحدات المنتجة وذلك خلال فترتين متتاليتين ورســـم المنحنى التكراري الذي يمثل كل فترة ثم مقارنتها ببعضها البعض.

2- إعداد خرائط ضبط الجودة بالإنتاج وهي عبارة عن خرائط بيانية يوجد عليها الحدين الأدنى والأقصى من العيوب المسموح بها. وتسجل عليها نتائج الفحص لمعرفة عدد الوحدات التي تجاوزت الحدود المسموح بها. (42)

*** أهمية المركزية واللامركزية في العمل الإداري:**

توحيد السياسة الخاصة بالمنظمة: إذا كان الهدف هذه السياسة فلا عدول عن المركزية وبالعكس.

الفلسفة الإدارية المتبعة: هنالك من يميل إلى المركزية وآخرون إلى اللامركزية.

مدى توفر مديرين أكفاء في هذه الحالة يمكن إتباع أسلوب اللامركزي لتوفير أساليب رقابة فعالة كالآتي:

لا مركزية الأداء: إن لامركزية الأداء تستدعي الإدارة المركزية.

ديناميكية المشروع: لتحقيق هذه الديناميكية لا بد من إتباع الأسلوب المركزي.

تأثيرات المحيط: يمكن للمحيط أن يلعب دوراً إيجابياً أو سلبياً حسب الحالة. (43)

تعتقد الدارسة أن مستشفى الخرطوم يستطيع تطبيق الجودة من خلال المركزية والامركزية بحيث يعمل المدير العام على وضع القرارات الهامة للإدارة، ومن ناحية أخرى تدريبية يجب أن يمنح الفرصة للمديرين في الإدارة الوسطى بالمشاركة في صنع القرار.

المركزية والامركزية في توزيع الدواء:

أفاد المصدر بمستشفى الخرطوم التعليمي أن الدواء يأتي عن طريق الإمدادات الطبية بالتزام من وزارة المالية حسب قرار رئيس جمهورية السودان بمجانية العلاج وتوفير الدواء خلال أربع وعشؤين ساعة دائمة. بالإضافة إلى أن وزارة المالية تعمل على تغذية حساب وزارة الصحة – مستشفى الخرطوم التعليمي وبالمقابل إذا أخفقت وزارة المالية في تغذية الحساب فقد يؤدي هذا الإخفاق إلى عدم صرف الدواء. (44)

إن التنظيم الإداري للمؤسسات الكبيرة يتسم بفرض تنظيم القوى العاملة والآلات وتوجيهها نحو وحدة الإنتاج تحقيقاً لربح متميز في الحاضر والمستقبل، فاليوم نادراً مـــا توجد عدم الكفاءة ونتيجة لذلك جاءت من المراقبة المســـتمرة للعمليـــة الإنتاجيـــة للمصانع بالمناقشة والتحليل وكتابة التقارير مما أدى إلى حل جميـــع المعوقـــات الـــتي تصادف عملية التحويلات. (45)

وأعتقد أنه مما جاء أعلاه تستطيع وزارة الصحة أن تنظم عملية توزيـــع الـــدواء حسب إحتياجات كل مستشفى وحجم الإستهلاك للمرضـــى لكـــل مستشـــفيات العاصمة ومدن السودان الأخرى ومنح اللامركزية لمستشفيات المدن لتوزيع الـــدواء للشفخانات ويتم ذلك من خلال الرقابة لضمان سير عملية التوزيع.

*** تأثير المركزية واللامركزية على إدارةالمستشفيات:**

تحسب مسألة المركزية واللامركزية على سؤال يطرح نفسه باستمرار: هل يجـــب تمركز سلطة إصدار ومنع القرارات بيد واحدة " المستوى الإداري الأعلى" أم يجـــب توزيع هذه السلطة وهذا الحق بين أكثر من جهة إدارية؟ إذا كان الميل للحالـــة الأولى فنحن أمام حالة المركزية **"Centeralization"**. ففـــي التفـــويض نقـــول أن الموقف أقرب إلى اللامركزية وفي حال عدم التفويض نكون أقرب إلى المركزية.

في الواقع تميل المنظمات الحديثة أكثر نحو التفويض وبالتالي نحو اللامركزية، ولكـــن نجاح ذلك يتوقف على جملة من العوامل أهمها: تكلفة القـــرار: فـــالقرارات الهامـــة والكبيرة والمكلفة عادة من جانب السلطة المركزية والقرارات الأقل أهمية وأقل تكلفة تتخذ من السلطات الأخرى"لامركزياً".

علماً بأن الإدارة تحمل في مضمونها معنى توجيه الأحداث وأن المدير هو المنظم الذي يدفع العاملين على التضافر الفعال للوصول إلى أهداف مشتركة ثم إن الرأي القـــديم الذي يقول بأن المجتمع ما هو إلا مجموعة عضوية من الآحاد لم يعد مقبولاً اليوم وذلك

أن أي شخص ومن ضمنهم الموظفون يولد في نظام معقد من العلاقات الإنسانية تكيف شخصيته واستجاباته وتجعله عضواً مؤثراً في مجتمعه. (46)

إدارة نظم المعلومات (Management Information System) (MIS):

إن البيانات (MIS) هي نظم معلومات حاسوبية تنتج تقارير مختصرة وهيكلية الشكل وتستخدم كدعم الإدارة الوسطى فنظم معالجة التحويلات تنشيء قواعد البيانات تستخدم هذه القواعد وذلك يساعد في الحصول على المعلومات اللازمة للإدارة الوسطى مع تقاطع معلومات مختلف المناطق الوظيفية.

التقارير الدورية: أسبوعية – شهرية – سنوية.

التقارير الإستثنائية: التي تعالج أحداثاً غير تقليدية كارتفاع مستوى المبيع في مادة معينة على حساب الأخرى. للحصول على معلومات معينة لإظهار معلومات عن العاملين أو المنتجات عند الحاجة.

تقارير حسب الطلب:

أنظمة دعم القرار:

وهي الأوامر والقرارات الصادرة من سلطة الإدارة العليا للمؤسسة. نجد أن هذه الأنظمة تساعد متخذي القرار في تحليل الحالات، كما تساعد المديرين في الحصول على إجابة عن مختلف المشاكل ويكون ذلك باستخدام الحواسب ميكروكمبيوتر مثلاً تفاعلية وبرمجيات وتفاعلية تعني انها وسيلة إتصال مباشر بين المستثمر والنظام الحاسوبي حيث تدخل البيانات وتظهر النتيجة على الشاشة مباشرة.

إن أنظمة دعم القرار مختلفة فعلاً عن نظام معالجة التحويلات والذي يقوم ببساطة بتسجيل البيانات وهي مختلفة كذلك عن إدارة نظم المعلومات فمعظم أنظمة دعم

القرار مصممة لأنظمة الحواسيب الكبيرة ولكن مع تطور الميكروكمبيـــوتر بأنظمتـــه المعقدة أصبح بالإمكان إستخدام أنظمة دعم القرار عليها ومن المهم أن نشـــير إلى أن مستخدمي انظمة دعم القرار ليسوا مبرمجين وإنما مدراء. ولأن أنظمة دعم القرار سهلة الإستعمال فهي تحتوي على أوامر مثل **Search** و **Find** وغيرها من الأوامـــر الواضحة. (47)

ولكن كيف تعمل أنظمة دعم القرار؟

للإجابة عن هذا السؤال علينا إستعراض أقسامها فهي تتألف من أربعة أقسام:

1- المستثمرون.
2- أنظمة التشغيل.
3- البيانات.
4- وحدة القرار المخطط.

وتعني الأقسام الأربعة المذكورة أعلاه الآتي:

المستثمر:

والمقصود هناالشخص الذي يتخذ القرار مثل"المدير في المستوى المتوسط".

أنظمة التشغيل (Operation System):

هي أنظمة التشغيلالأساسية لعمل الحاسوب.

البيانات (Data):

تخزن البيانات في **DSS** ضمن قواعد البيانات حيـــث ا، البيانـــات الداخليـــة مـــن داخلالمؤسسة والبيانات الخارجية من خارجها.

وحدة القرار المخطط (decision Models):

إن **DM** تعطي **DSS** بعداً تحليلياً حيث توجد أنماط أساسية منها: -

1- إستراتيجية (تساعد مديري المستوى الأعلى في التخطيط).
2- تكتيكية (تساعد مديري المستوى الأوسط في إدارة عمل المؤسسة).
3- آنية (تساعد مديري المستوى الأدنى في إتمام النشاطات اليومية).

أنظمةالدعم التنفيذي (Excutive Support System):

مصممة بشكل خاص وبسيط للإدارة التنفيذية العليا وهذه الإدارة بحاجة كما نعلم إلى تقارير مركزة وبسيطة.

وأنظمة الدعم التنفيذي **ESS** مؤلفة من برمجيات معقدة، كمـــا في **MIS** و **DSS** وهي تتعامل مع بيانات موجودة ضمن قواعد بيانات المؤسسة وهي مصممة وبشـــكل خاص لتكون سهلة الإستخدام وبالتالي لتمكين الإدارةالتنفيذية العليا بوقت قليل مـــن الحصول على المعلومات الضرورية. تتيح **ESS** للإدارة التنفيذية العليا الوصـــول إلى معلومات عن أداء المؤسسة بعضها يحتوي على إعدادت للبريد الإلكتروني للســـماح للمديرين بالإتصال مباشرة مع منفذين آخرين.

نظم معلومات أخرى (Other Information Systems):

معلومات العاملين Workers Information وهي مؤلفة من:

النظم المكتبية (OAS) (Office Automation System) :

وهي مصممة لدعم بيانات العاملين وتركز عـــى إدارة الوثـــائق وبـــرامج الإتصـــال والجداول.

أنظمة العمل (Knowledge Work System):

أنظمة العمل أو معرفة العمل، وتستخدم لإنشاء المعلومات باستخدام بـــرامج خـــبيرة حيث يرسم المهندسون المنتجات وذلك باستخدام الميكروكمبيوتر وبـــرامج خاصـــة تساهم في التصميم.

ويلاحظ أن نظرية تقسيم السلطات الثلاث تعمل على توفير المعلومات اللازمـــة للدولة وذلك برصد التقارير الخاصة بأداء القوى العاملة وتأهيلها في مختلف مؤسسات القطاع العام، كالمستشفيات والتعليم والإقتصاد والثقافة والتنمية وقطاع الصحة سعياً إلى إرساء قواعد وأسس سليمة تضمن مستقبلاً زاهراً لبلد معافى من البطالة والتضخم وذلك لا يتم إلا من خلال تطبيق الجودة الشاملة.(48)

وتعتقد الباحثة أن الإستفادة من التقنيات الحديثة تأتي من خلال دراستنا لنظم المعلومات فنستطيع ترقية عمل المستشفيات الإداري الذي يشمل : الوظائف الأساسية، مستويات الإدارة والمشرفين والإدارة الوسطى والإدارة العليا، وإدارة نظم المعلومات وهم يمثلون الأساس الحقيقي لتقدم العمل الإداري علماً بأن إنضباط سير العمل يسير وفقاً لتوفر المعلومة.

محتويات وحدة المعلومات:

يقيس محتوى الرسالة في نظام المعلومات درجة إشباع الرسالة لهدف توصيل معين ودرحة الإضافة إلى معرفة لجهة أو الفرد الذي تصله الرسالة، ولهذا التعريف أهمية خطيرة جداً في المستشفيات وخاصة إذا سأل كل متخذ قرار عن الفائدة من كل وحدة معلومات أو معلومة في عملية إتخاذ القرارات. ونقول ذلك لأن الخبرة تقول أن المستشفى قد تجمع العديد من البيانات والإحصاءات لمجرد وجودها في كروت وإستمارات دون السؤال عن فائدتها أو إستخدامها بالمرة في رسم سياسات وإتخاذ قرارات ومراقبة نشاط المستشفى مما قد يضطر إدارة المستشفى أحياناً إلى مبادرة تبسيط الإجراءات والمعلومات ومنع إزدواجها. **(49)**

المبحث الثالث

الطب عبر العصور

مقدمة:

تشير الدراسات التاريخية المتأنية للحقب المتوالية في العصور المختلفة إلى أن هنالـــك كثيراً من المحاولات النبيلة قد بذلت بهدف تقديم المساعدة للمريض والغوث للمصاب. وقد شابت المسيرة خلال هذه المحاولات أخطاء يمكن العمل على تفاديها، بجانب مـــا تميزت به من ممارسات ونشاطات أهمل الأخذ بها، وقد يكون إحياؤها والعمـــل بهـــا خطوة على طريق التقدم نحو الأفضل. (50)

ويلاحظ أن التقدم والتنمية المضطردة التي ظهرت فيالمستشفيات يعود الفضـــل إلى تطور علم الإدارة وأهمية العمل به في تصحيح أخطاء المؤسسات والشركات والمصانع الخاسرة.

ويرجع تاريخ المؤسسات التي تعني بالمريض إلى ما يقلرب 1200 سنة قبلالميلاد في المعابد الإغريقية، ويحدثنا تاريخ الطب أن أبقـــراط (Hippocrates) الطبيـــب الإغريقي اللامع 460 – 370 ق.م، كان ذا أثر كبير في ميدان الطب آنذاك. حيث نادى بفصل الطب عن الدين والفلسفة وتوجيه ميدان الطب نحو الإتجـــاه المنطقـــي. وتجدر الإشارة إلى أن التدريب الطبي ودراسة العوامل البيئية على حالة الصحة والمرض قد حظيا باهتمام خاص خلال تلك الفترة الزمنية. ولقد بلغ الطـــب الإغريقـــي ذروة تقدمه خلال العصر الذهبي للحضارة الإغريقية حوالي 400 سنة ق.م، عندما ظهرت معابد آلهة الطب (Aesculapius) الإغريقية والرومانية. وقد قيل: أنها إستخدمت مأوى للمرضى وللعبادة معاً. وتروي لنا المصادر التاريخية أن العناية في تلك المعابد قد ركزت على تعريض المريض لأشعةالشمس والهواء الطلق وإتباع نظام للراحة والتمرين والإستحمام والطعام. ويمكن أن نجد بعض التشبيه بين الأساليب التي أتبعت في هـــذه المعابد من حيث طبيعته مع المفهوم الحديث للصحة والخدمات الصحية. وقيل أيضـــاً:

أن العقاقير التي أستخدمت في تلك المعابد لأول مرة ولكن بشكل محـــدود. وتشـــير السجلات القديمة إلى أن العديد من المرضى إستعادوا صحتهم نتيجة لإتبـــاع هـــذه الإرشادات. ويعتبر أهم ما أنجزه الإغريقيون هو قدرتهم علـــى تشـــخيص الأمـــراض بالملاحظة والإستنتاج . وإستخدام المنطق لتفسير سبب المرض عوضاً عن الإعتماد على أفكار خرافية قديمة عن الأرواح. **(51)**

علماً بأن الخدماتالطبية وجدت منذ وجود الإنسان ولكـــن لم تظهـــر منظمـــات توصيل الخدمة الطبية إلا مؤخراً في الأفق الزمني الذي وافق ظهـــورادول المنظمـــات والمؤسسات كما قال **Peter Drucker** عن الخمسينات والستينات في أمريكا.

ويمكن القول بأن ما وجد من مستشفيات في مصر والهند وبلاد ما بين النهرين أيام الحضارة البابلية يعد في طليعة المستشفيات التي ظهرت في الحضارات القديمـــة. هـــذا وتشير الوثائق في مصر (حوالي **600** ق.م) إلى وجود معابد خصصت لرعاية المرضى سميت بمعابد الشفاء. كما ذكر أن الأطباء الذين كانوا كهنة المعابد، كانوا يعمدون إلى إجاء بعض العمليات الجراحية المحدودة وتجبير بعض الكسور، كما كـــانوا أول مـــن وصف عقاقير عملية لشفاء المرض، منها أن الجراح تلتئم بصورة أفضل إذا وضـــعت حافتا الجرح معاً. كما أن الجبائر والضمادات أستخدمت للأطراف المكسورة (ومنـــذ حوالي **400** سنة ق.م). حذا البابليون حذو الأطباء المصريين في وصـــف العقـــاقير الطبية، أما التقدم الذي حصل في الهند ومصر، في عهد الدولة الرومانية القديمة فقـــد إندثر مع إندثار حضارة هذين البلدين. **(52)**

ويلاحظ أن تلك المستشفيات قد إتصفت بالآتي:

الدافع لعلاج المرضى وتقديم الخدمات لهم ديني إنساني بغض النظر عن مقدرتهم على الدفع.

الإهتمام بالنواحي النفسية للمرضى وليس فقط تقديم العلاج بل إعتبـــار المستشـــفى مكاناً لإيواء المرضى والمسنين والمعوزين لفترة معينة من أجل تقديم الخدمات لهم.

أما أوضاع المستشفيات عند العرب يحدثناا لتاريخ أن الوليد بن عبدالملك قد أمـــر ببناء أول مستشفى في الإسلام عام **88** هـــ (**706**م) بدمشق وحشد لـــه مجموعـــة منالأطباء. وفي العصر العباسي فقد شيد العرب المستشـــفيات في بغـــداد ودمشـــق والقاهرة والقيروان وقرطبة وفي معظم أنحاء العالم الإسلامي، وكانوا يختارون أنســـب موقع للمستشفى بعد مزيد من الدرس والبحث فقد ذكر أن (عضد الدولة) إستشـــار الرازي ليختار مكاناً لبناء مستشفى يحمل إسمه، فأشار الرازي على الخليفة بأن يعلق في كل جانب من جانبي بغداد شقة لحم فإذا ثبت أن الجهة التي علقت فيها شقة اللحم لم تفسد فيها الشقةفإنه يتعين طبقاً لمشورة الرازي أن يبنى في المكان الذي علقت فيه.

هذا وقد أطلق العرب على المستشفيات تسمية البيمارستان والراجح أن العـــرب كانوا أول من أنشأ البيمارستان الجوال أيام الخليفة المقتدر سنة **320**هـــ بناءاً علـــى توجيه من سنان بن ثابت بن قرة وكانت الهيئات الصحية تجهز البيمارســـتان الجـــوال بالأدوية والأغذية والأشربة وجميع ما يلزم المريض، ثم إتسع نطاق المستشفيات الجوالة فكانت ترافق الخلفاء والملوك في تنقلاهم، كما ترافقالجيوش. هذا ولقـــد دعتالحاجـــة الملحة التي أوجدهاالحروب الصليبية بالسلطان إلى الإكثار منالمستشـــفيات في ســـائر الأقطار خصوصاً في أيام الأيوبيين والمماليك بالمستشفيات من انطاكية شمالاً إلى غـــزة جنوباً وكان أشهرها البيمارستان الكبير النوري في دمشق بناه نورالدين محمود ســـنة **516**هـــ (**1173**م). والجدير بالذكر أن البيمارستانات كانت تسير على نظام تـــام، وعلى أصول مرعية لا تقل عن النظام الحديث لتنظيم المستشفيات. (**53**)

الطب السومري:

أن أقدم مدونات كتابية وصلت إلينا هي المدونات السومرية (الكلوانية أو البابلية) وإن كان هذا في حد ذاته لا يقوم دليلاً علـــى أن الحضـــارة الســـومرية هـــي أولى الحضارات. فقد يكون هذاالكشف وليد الظروف والمصادفات، وقد يكون أيضاً نتيجة عبث الموت والقضاء بمخلفات الأقدمين. وهناك خلاف كبير بين الباحثين فيما عني ان تكون أي الحضارتين أقدم من الأخرى الحضارة السومرية أم الحضارة المصرية؟ لكـــن

المرجح أن أول مهد للحضارة البشرية إنما كان على ضفاف نهري دجلة والفرات، أي بلاد ما بين النهرين (العراق اليوم) حيث بزغت (بحسب الرأي الشائع حتى الآن) أول حضارة بشرية قبل المسيح بثمانية آلاف سنة، فعرفت الكتابة المسمارية على ألواح من الطين أوالحجارة، وكانت هي أول آثار مكتوبة وصلتنا بإنسان ما قبل التاريخ، إلا أن هذه الحضارة التي عاشت حوالي ألفي سنة قد قاست الكثير من الحروب والغـــزوات التي شنها عليها جيرانها من الشعوب الأقل تحضراً، مما طمس الكثير من آثاراها فأخفى على الباحثين والمنقبين كنوزاً تاريخية لا تقدر بثمن وقد عثر المنقبون علـــى خـــاتم أول طبيب سومري في حفائر عاصمة الحضارة السومرية (أور) وهو يعود إلى ثمانيـــة آلاف سنة قبل الميلاد. كما عرفنا من الشذرات القليلة التي وصـــلت إلينـــا عـــن الطـــب السومري أنه طب ثيوقراطي يجمع بين الأدوية الطبية والتمائم ويقول بالرقي والتعاويذ للإله مصدر الخير والشر والأمراض وهي دلالات على سخطها ومقتها. ومع أن الآلهة هي التي تسبب المرض إلا أنه من الممكن أن يصدر المرض عن الشياطين أيضاً أو بسبب العين الشريرة، ومع أن الإيمان بقوة الشياطين أو النسوة الساحرات ينـــاقض القـــوة الإلهية. لكن كل ما تقدم لايمنع وجود إتجاهات طبية معقولة في الطـــب الســـومري البابلي، حيث لكل داء دواء خاص به. وحيث كانت الوصفات تمتاز أحياناً بطابعهـــا العلمي. غير أن الأطباء كانوا حتى في هذه الحالات لا يستغنون عن إستعمال الوسائل السحرية إما على سبيل الإعتقاد بها أو إحتراماً للتقاليد وإرضاءاً للمريض. فضلاً عن أن هذه الوسائل لاتؤذي بل ربما تزيد في تعزيز مفعول الدواء.(54)

الطب المصري:

كان المصريون أهل وادي النيل مركز الثقل الحضاري والطبي بعد إنهيار مملكة سومر. ولعل المومياءات (الجثث المحنطة) التي تركوها في اهراماتهم وغيرها من المقابر خير دليل على هذا، لأن سرها لا يزال لغزاً معلقاً يستعصي على علم الطب إلىاليوم. وقد عثر المنقبون على أكثر من مومياء يعود تاريخها إلى ما بـــين ســـنتي 4000 -6000ق.م. وعرفالعلماء بعد فحصها ان المصريين كانوا يصابون بأمراض المناطق الحارة المعروفـــة

اليوم كتصلب الشرايين، وقد عثر العلماء سنة 1862م على كتاب الطب المصـــري القديم، وهو عبارة عن لفافة من ورق البردي يربو طولها على خمســـة أمتـــار ويعـــود عهدها إلى 1500 سنة قبل الميلاد. وهي تحتوي على أوصاف لأعراض أمراض مختلفة مع ذكر الأدوية المناسبة لمعالجتها.

أما العصرالذهبي للطب المصري فقد بدأ مع (تحوت) الذي كان يدعى إله الحكمة، صاحب التصانيف الطبية العديدة. وكانوا يرمزون إليه برأس طـــير ويعـــزون إليـــه إكتشاف الحقن الشرجية التي ما تزال تستعمل في حالات الإمساك اليوم.

أما أعظم أطباء العالم القديم فعلاً فهو (أمحوتب) وزير الملك "زوسر" بـــاني هـــرم سقارة ومؤسس الأسرة الثالثة في القرن الثلاثين قبل الميلاد. كان أمحوتـــب فيلســـوفاً وفلكياً ومهندساً معمارياً. وهو بالإضافة إلى ذلك طبيب عالج بنجاح شتى الأمـــراض الطفيلية التي كانت معروفة في زمانه. واشتهر باستزراع النباتات الطبية، وحفرالأسنان وتتويجها بالذهب، ومعالجة الجروح والقروح وتجبير الكسور. كما عالج لدغ الثعابين بمراهم مستخلصة من الزيت. وليعلم أنصار الثقافة اليونانية الذين يزعمون أن أبقراط هو أبو الطب لا منازع، ليعلموا أن أبقراط هذا إنما يأتي زمنياً في منتصف الطريق بـــين (أمحوتب) وبيننا. (55)

من فطن المتطببين:

(قال) محمد بن علي الأمين حدثنا بعض الأطباء الثقاة أن غلاماً من بغداد جاء مـــن مدينة (الري) فمرض وكان ينفث الدم فاستدعي أبابكر الرازي الطبيـــب المشـــهور بالحذق فأراه ما ينفث ووصف له ما يجد فنظر إلى نبضه وقارورته واستوصف حاله فلم يستطع الوصول إلى دليل على مرض سل أو قرحة ولم يعر ف العلة فاستنظر العليـــل لينظر في حاله فاشتد الأمر على المريض وقال هذا يأس الحياة لحذق المتطبب وجهلـــه بالعلة فزاد ألمه ففكر الرازي ثم عاد إليه فسأله عن المياه التي شرب فقال من صهاريج

ومسقفات فثبت في نفس الرازي بحدة خاطره وجودة ذكائه أن عقله كانت في المـــاء وقد حصلت في معدته وذلك الدم من فعلها. (56)

هذا يشير إلى أن الأطباء يتميزون بالذكاء والفطنة في ذلك الزمان وإن لم تكن تتوفر متطلبات المستشفى الحديثة من أجهزة متقدمة وغيرها.

كما أن العرب المسلمين أول من إستخدم الكاويات والخدر في الطب والعمليـــات الجراحية.

المفهوم الحالي للمستشفى الحديث:

عرفـــت الهيئـــة الأمريكيـــة للمستشـــفيات **(American Hospital Association)** المستشفى بانه مؤسسة تحتوي على جهاز طـــبي مـــنظم، يتمتـــع بتسهيلات طبية دائمة وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخـــدمات التمـــريض المستمرة وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين. أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت المستشفى من منور وطيفي بأنه: جزء أساسي من تنظيم إجتماعي وطـــبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية وتمتـــد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المترلية كما أنه أيضاً مركـــز لتـــدريب العاملين الصحيين والقيام ببحوث إجتماعية حيوية، هذا وقد رأت منظمةالصحة العالمية أن التعريف الذي ذكر آنفاً لا ينطبق على واقع كثير من مستشفيات البلدان الناميـــة. لذا فقد عرفته على أنه: "مؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيـــه الرعايـــة الطبية والتمريض" كما ذكرت أنه من الممكن التوســـع في هـــذ التعريـــف ليشـــمل المستشفيات التي تقوم بتأدية وظائف أخرى كأن يصبح المستشفى:

- مركزاً متخصصاً في تشخيص الحالات التي يعاني منـــها المرضـــى والقيـــام بعلاجهم وتأهيلهم سواء كان ذلك في العيـــادات الخارجيـــة أو في اقســـام المستشفى الداخلية.
- مكاناً لتوفير خدمات الرعاية الصحية الأولية.

- مركزاً لتعليم وتدريب العاملين الصحيين.
- مركزاً للقيام بالبحوث الطبية والوبائية والاجتماعية والتنظيمية. (57)

شركات الأدوية ومن يتعامل مع المستشفى مالياً كالبنوك التجارية الإستثمارية وغيرها:

تعريف النطاق:

تعتبر إدارة الشئون المالية بالمنظمة الصحية مسئولة عن الإحتفاظ بسجلات ومعلومات مالية دقيقة وإعداد التقارير المالية عن الوضع المالي للمنظمة الصحية وطرق دفع الديون وتوضيح كيفية الحصول على الأموال اللازمة. وفي المستشفيات نجد هذه الوظيفة قد إتسعت لتشمل تخصيص وتوزيع الأموال على الأصول المختلفة وتحديد المزيج الأمثل للتمويل بالعلاقة إلى التقويم الكلي للمستشفى وبالنسبة لمخاطرة النشاط الصحي والمخاطرة المالية. وتشمل هذه الإدارة أيضاً وضع السياسات المالية ودراسة الإفلاس وتصفية المستشفى. ولكن يتطلب هذا توفير معلومات وبيانات مالية مختلفة بهدف خدمة إتخاذ القرارات المالية الصحية أو الطبية وتحديد الميزانيات التقديرية النقدية للمستشفى وللنشاط التوزيعي في العيادتين الداخلية والخارجية والمشتريات من الأدوية والأصول المتغيرة الأخرى. وكذلك الأصول الثابتة كالأجهزة والمعدات الرأسمالية الصحية والطبية والأراضي والمباني. وتختلف هذه الوظيفة باختلاف أهداف المستشفى وعما إذا كان مستشفى خاصاً أو إستثمارياً يسعى إلى مضاعفة الأرباح أو مستشفى حكوميا أو عسكرياً أو مستشفى خيرياً و عيادة خاصة ويمكن القول بان الإدارة المالية بالمستشفيات لها وظائف ثلاثة يمكن إدراجها تحت اللوائح المالية التالية: -

- قرار الإستثمار في أصول المستشفى"شراء أجهزة طبية أو التوسع في المباني أو الأراضي المحيطة".
- قرار التمويل " البحث عن مصادر تمويل المستشفى وتحديد مجالات الاستخدام للأموال التي بها".

- قرار قياس الأداء المالي والكفاءة المالية والصحية كسياسة توزيعا لفوائض أو إحتجازها بهدف الإستثمار الصحي نجد المستشفى حريصة على تحليل المشروعات الإستثمارية المختلفة وقياس العائد المرتقب خلال العمر التشغيلي للمشروع "جهاز أشعة أو جهاز للقلب أو غيرها".

التمويل للمستشفيات العامة والخاصة:

تعد السياسات المالية من الوسائل الرئيسية للدولة للتدخل في النشاط الإقتصادي لإرتباطها الوثيق بكافة نواحي الحياة الإقتصادية. ولذا فإن الدول تستطيع من خلالها تكييف مستويات الإنفاق العام والإيرادات العامة والتأثير في التنمية الإقتصادية وتحقيق الرفاهية الإقتصادية والإستقرار والعدالة الإجتماعية.

أهداف السياسة المالية:

تختلف السايسة المالية في مفهومها وأهميتها في المجتمعات الرأسمالية عنها فيالمجتمعات الإشتراكية فالسياسة المالية في المجتمعات الراسمالية تعمل على تهيئة الظروف لإنجاح الإستثمار الخاص ونموه والتخفيف من حدة التقلبات التي تطرأ على مستوى النشاط الإقتصادي الكلي وسد الفجوات الإنكماشية والتضخمية التي تحدث في مستوى الدخل من جراء نقص الإستثمار أو زيادة الإنفاق عن الحدود المناسبة لتحقيق العمالة الكاملة، أما في المجتمعات الإشتراكية فإن السياسة المالية للإستثمار العام تكون أكثر أهمية وتعمل من خلال الإنفاق العام والإيرادات العامة على تكييف مستوى النشاط الإقتصادي الكلي والحد من التقلبات فيه.

كما يختلف مفهوم السياسة المالية وأهميتها في المجتمعات المتقدمة إقتصادياً عنها في المجتمعات النامية، إذ أنها تسعى في المجتمعات المتقدمة لتحقيق إستقرار الإقتصاد القومي، أما إهتمامها الأساسي يكون توفير التمويل للتنمية الإقتصادية، إلا أنه يمكن القول بصفة عامة أن أهداف السياسة المالية تتركز في تحقيق المستويات المرغوبة المناسبة من الأسعار والاستهلاك وتوظيف الموارد الإنتاجية وعدالة توزيع الدخل، فتعهد

الحكومة إلى التأثير في مستوى الأسعار من خلال السياسة المالية الهادفة إلى التـــأثير في المستوى العام للأسعر مما يؤثر في العلاقة بين القو الشرائية للمجتمع وكميات الســـلع والخدمات.

وقد تتأثر هنا قرارات إندماج لمستشفى مع أخرى أو زيادة رأس المـــال بـــدخول شريك آخر أو إصدار أسهم عادية أو ممتازة إذا كان رأس المال مناسباً. (58)

ويتعاون المدير المالي بالمستشفيات مع مدير الشئون الإدارية لمراقبة الأجور والمرتبات والعلاوات والترقيات والحضور والإنصراف،كما أنه يتعاون مع مـــدير المشـــتريات بالنسبة للأدوية والمطبخ والمخازن والصيانة والإصلاحات والإحلال وشرءا الأجهـــزة الطبية ووضع ميزانيات تقديرية لها وحساب الإستهلاكات والكفاءة الإنتاجيةوحصـــر مراكز التكلفة والعائد، ويتعاون مع الإداري الطبيب في حصر الإيـــرادات وبنودهـــا وحركة الخدمات الصحية وتسجيلها في حسابات التشغيل والإيرادات والمصروفات. هذا والعلاقة بين مديري المستشفيات والمديري الماليين أساسية مـــن حيـــث وضـــع السياسات والأهداف والخطط المالية وحضور اجتماعات الهيئة الادارية العليا لإبـــداء الرأي أو الإجابة عن التساؤلات المالية المختلفة. (59)

مصادر تمويل المنظمات الصحية والطبية:

يتم تمويل المستشفى الحكومي من الميزانية الحكومية والمال العام ويدخل الأمــر في نطاق المالية العامة وقدرة مدير المستشفى في التفاوض وإقنــاع الإدارة السياســية في زيادة الميزانية أو تعديل بنودها. أما المستشفى الخيري يقو بجمع التبرعات والمساعدات المالية والإعانات **Fund Raising**. وأحياناً لإشتراكات العضوية. أما المستشــفى الخاص فتعتمد في تمويلها على نفس مصادر التمويل المتاحة أمام المنظمة الصناعية ولكن وفقاً للشكل القانوني للمستشفى.

فإذا كانت المستشفى مشروعاًفردياً فغالباً ما يتم التمويل عن طريــق رأس المــال الخاص أو الإقتراضات لآجال طويلة أو قصيرة من البنوك أو بيوت الإستثمار والمال. أما إذا أخذت لمستشفى شكل شركة توصية بسيطة أو توصية بالأسهم أو مقاصة أو شكل مشروع قصير الأجل فسوف تتغير أيضاً مصادر التمويــل. وفي حالــة أخــذ المستشفى شكل شركة مساهمة أو مختلطة فيتم التمويل عــن طريــق طــرح أســهم وسندات. ولكن غالباً ما لا يتم ذلك في القطاع الصحي للقول أن المنظمة الصــحية عبارة عن تنظيم جماعي يستهدف تقديم خدمات ولا يستهدف الربح كهدف أساسي.

المبحث الرابع
الدراسات السابقة

وهي دراسات شبيهة للدراسةالحالية، مما يساعد على الوثيق وتحقيق أهداف الدراسة والتي تهدف لتطبيق جودة الأداء على المستشفيات السودانية تطلعاً لتنمية مضطردة.

1- أسم الدراسة: الإدارة المعاصرة
إسم المؤلف: د. محمد علي الطويل
تاريخ ومكان إصدارالدراسة: 1997 – دار الفرجاني - طرابلس

تحدث المؤلف عن أهمية البحث العلمي ونشر نتائج الدراسات العلمية والتقنية كما يستطيع ربط الصلات بين المؤسسات الإنتاجية ويساعد على التغيير. **(61)**

2- أسم الدراسة: الإدارةالإستراتيجية
إسم المؤلف: د. إسماعيل محمد السيد
تاريخ ومكان إصدارالدراسة: 1990 – المكتب العربي الحديث - الإسكندرية

تحدثت الدراسة عن أهمية إختيار الإستراتيجية الهادفة التي تؤدي إلى تحسين أداء العمل بالمؤسسة. **(62)**

3- أسم الدراسة: الإعلان
إسم المؤلف: منى الحديدي
تاريخ ومكان إصدارالدراسة: يناير 1999 – الدار المصرية اللبنانية - القاهرة

إن الإتصال بين الإدارات المختلفة داخل الجهاز التنظيمي يدفع مسيرة العمل إلى الأمام. **(63)**

4- أسم الدراسة: الضبط المتكامل لجودة الإنتاج
إسم المؤلف: د. مهندس/ محمود سلامة عبدالقادر
تاريخ ومكان إصدارالدراسة: (بدون) – وكالات المطبوعات - الكويت

قام بتعريف الجودة الشاملة على أنها عبارة عن مجموعة من خواص المنتج تحدد مدى ملائمة المنتج لكي يقوم بتأدية الوظيفة المطلوبة منه كما يتوقعها المستهلك. (64)

5- أسم الدراسة: إدارة شئون الموظفين، المبادئْ والأسس العامة والتطبيقات في المملكة العربية السعودية

إسم المؤلف: حسين حسن عمار

تاريخ ومكان إصدارالدراسة: 1380هـ - 1961م، مطابع الإدارة العامة للبحوث، المملكة العربية السعودية

تحدث الكاتب عن إختيارالموظفين وذكر بأن الإختيار هو العملية التي يتم بموجبها معرفة أكثر صلاحية الأشخاص المتقدمين للعمل لشغل الوظائف الشاغرة ويتم ذلك عن طريقالتعرف على مهارات وقدرات وشخصيات طالبي التوظيف بأساليب علمية وفعالة. (65)

6- أسم الدراسة: الإدارة بين يديك للمدراء ورجال الأعمال

إسم المؤلف: حسن محمد الشيخ

تاريخ ومكان إصدارالدراسة: 1413هـ - 1992م، الدمام

أوضح المؤلف أن الإشراف هو نوع من إثارة الإهتمام في كل فرد نحو عمله، والإشراف بهذاالمفهوم غير الإدارة فهو يتميز بالآتي:

الإدارة تخطيط وتنظيم وتنفيذ من خلال إدارة رشيدة وإشراف متوازن. (66)

7- أسم الدراسة: المفاوضات والإتفاقيات (موسوعة رجل الأعمال الناجح)

إسم المؤلف: خليل فهد سيباني

تاريخ ومكان إصدارالدراسة: (بدون، دار الراتب الجامعية، لبنان

تناول اسباب عناد الطرف الآخر من حيث الثقة أو عدمه؟

- ◊ جرب إختبار هذا العناد بإشارة محددة فيها دعوة مباشرة للخصم برد المجادلة إذا لم تتلق رداً يمكن ان تعلق المفاوضات.
- ◊ يطلب من المفاوضين مراجعة المسئولين لتغيير موقفهم.

◊ إصغ باهتمام واستخدم الاساليب المبهمة في شروط الخصم ثم اطلب منهم ما يعتقدون أنه أفضل حركة للسعي إلى إلزامك بالرد.

◊ إستجب بايجابية لكن بغموض: "مثلاً أنا مستعد دائماً لدراسة التزامات بناءة لتحسين تقبل اقتراحي".

◊ تجاهل الاشارات يطيل مدة النقاش.

◊ استمع اكثر وتكلم أقل.

◊ استجب ورد على المجاملات الإيجابية.

◊ كافيء الإشارات دون عناد.

◊ تجنب: السخرية، المقاطعة، الهجوم، تسجيل النقاط، اللوم، الكلام الكثير. (67)

8- أسم الدراسة: الإدارة العامة

إسم المؤلف: د. حسن أحمد توفيق

تاريخ ومكان إصدارالدراسة: 1965- 1966، دار النهضة، القاهرة

وضح الباحث أن الإدارة الرشيدة هي الإدارة التي تقوم بالرقابة لكي تتحقق من أن كل شيء يسير طبقاً للخطط والدراسات الموضوعة. (68)

9- أسم الدراسة: تكنولوجيا المعلومات على أعتاب القرن الحادي والعشرين

إسم المؤلف: شحادة الخوري تاريخ ومكان إصدارالدراسة: 1998 - دمشق

أفاد المؤلف أن نظم المعلومات في الشركة أو المنشأة هي الشريان والعصب الأساسي الرابط لنشاطات المنشأة الإدارية بحيث تساعد في إدارة حركة البيانات من مصادر عمل الشركة وتحيلها إلى الإدارة العليا خاصة وللمستفيدين من موظفين أو زبائن أو جهات خارجية بحيث تحفظ لهذه المنشأة هدفها ودورها الإقتصادي والخدمي. (69)

10- أسم الدراسة: نظريات التنظيم والإدارة

إسم المؤلف: عبدالغفور يونس

تاريخ ومكان إصدارالدراسة: (بدون)، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية

أفاد الباحث بأن العمليات الإدارية والوظيفية تنشأ من النمو الرأسـي والأفقـي للتنظيم على التوالي إذ أنها تشير إلى سلسلة مـن الأوامـر وتفـويض السـلطة والمسئولية ووحدة القيادة والتبعية الإدارية والتزام رفـع التقـارير إلى الـرئيس الأعلى، إن تقسيم التنظيم إلى أجزاء متخصصة وإعادة تجميعها في وحدات متماثلة هي من طبيعة المسائل المتصلة بالعملية الوظيفية، إذ أنها تركز على التطور الأفقـي للإدارين والفنيين في التنظيم الرسمي. (70)

11- أسم الدراسة: The Future of Business

إسم المؤلف: Max Ways

تاريخ ومكان إصدارالدراسة: 1979، مركز الدراسات الإستراتيجية والدولية، جامعة جورج تاون

ذكر الباحث أن الإقتصاد بوصفه أكثر العلوم الإجتماعية ثوقاً يملك في جـوهره الداخلي مجموعة من فرضيات اعلة والمعلول التي هي صحيحة في مجالها مثل صحة ما يساويها عند علماء الطبيعة.

وعلم الإقتصاد يكسب الثقة فيه عن طريق استبعاد مناطق واسعة من هذا المجال عن طريق التبسيط الشديد لافتراضاته حول السلوك الإنساني.

إن مستقبل الإقتصاد العالمي وفي الحقيقة التماسك السياسي العـربي مرهـون بقدرة الديمقراطيات الصناعية على مواجهة هذه التحديات حيث لا تستطيع دولة بمفردها أن تأمل في معالجة مشاكلها وحدها. (71)

12- أسم الدراسة: إدارة الأعمال في الأنظمة الصحية والطبية

إسم المؤلف: د. فريد راغب

تاريخ ومكان إصدارالدراسة: 1981م

تحدث عن تعريف إدارة العمليات الصحية التي تقوم بدور إعداد الخدمة الصحية أو إنتاجها، وهي العملية التي يتم من خلالها تحول مدخلات المستشفى من مـواد وأدوية وطاقة ومعلومات طبية وأجهزة ومعدات طبية من الشكل الذي هي عليه إلى شكل يصلح للإستغلال الإنساني الممثل في المرضى. (72)

13- أسم الدراسة: الإتصال والتنمية في المجتمع القروي
إسم المؤلف:تصدر عن المعهد العالي للإعلام والإتصال
تاريخ ومكان إصدارالدراسة: -

ذكر الكتاب أن تأزم الأوضاع المالية والإقتصادية والإجتماعية الراهنة يستدعي توفيق مسلسل التدهور وإنهيار الإقتصاديات النامية والناشئة وتجنبها الإستمرار في التراجع باعتماد استراتيجيات جديدة يكون الإنسان والتنمية محورها للمساهمة في اعادة إستقرار الإقتصاد العالمي على قاعدة تضامن دولي أكبر يرتكز على مبادىء تدبير سليم على كل المستويات ويروم تحقيق نمو مستدام والحد من امتداد الفقر. **(73)**

14- أسم الدراسة: إدارة الأفراد من منظور كمي والعلاقات الإنسانية
إسم المؤلف: د. مهدي حسن زويلف
تاريخ ومكان إصدارالدراسة: 1993

تحدث الباحث عن نظرية العلاقات الإنسانية وهي النظرية التي تنادي بضرورة تفهم طبائع وتصرفات العاملين وميولهم ورغباتهم لخلق تعاون مشترك بينهم وبين الإدارة لتحقيق أهداف مشتركة. **(72)**

15- أسم الدراسة: الإدارة العامة – مدخل إداري
إسم المؤلف: د. السيد عبده ناجي
تاريخ ومكان إصدارالدراسة: 1991

تعتبرالإدارة من أهم الموضوعات التي تؤثر على حياتنا وذلك لأنها ترتبط دائماً بتحديد الأهداف وكيفية الوصول إليها. والإدارة لا تهتم فقط بتحديد الأهداف التي يجب العمل للوصول إليها، ولكنها تهتم بدرجة كبيرة بكيفية تجميع الكفاءات البشرية والموارد المادية واستخدامها الاستخدام الفعال لتحقيق الأهداف المرجوة، وتوجد الإدارة بكل نشاط إنساني بل ويمكن ملاحظتها في كل مكان. فهي موجودة في المصنع، المكتب، المدرسة، البنك، المتجر، النقابة، الفندق، القوات المسلحة، المستشفى ... الخ. **(75)**

16- أسم الدراسة: برنامج السكرتارية التنفيذية وإدارة المكاتب
إسم المؤلف: حسن خليفة سليمان
تاريخ ومكان إصدارالدراسة: (بدون)

أثرت ثورة الكمبيوتر بدرجة عالية على أسلوب وسلوكيات المجتمعات فتغير الأسلوب والمنهج الذي يعيش عليه الأفراد بالدرجة التي أثرت على طريقة وأسلوب التفكير. وأصبح الإقتصاد القومي لأي بلد يعتمد على أربعة زوايا بدلاً من ثلاث وهي:

الأرض _ العمل _ رأس المال _ المعلومات، فعالم اليوم يبدأ مرحلة الإنتقال من مجتمع صناعي إلى مجتمع معلوماتي ومن العمل الجسماني إلى العمل الذهني. (76)

17- أسم الدراسة: مجلة رسالة المعلم
إسم المؤلف: وزارة التربية والتعليم، إدارة البحث والتطوير التربوي
تاريخ ومكان إصدارالدراسة: ربيع الثاني 1423هـ، المجلد 41، العدد 41

إن القيادة هي ممارسة التأثير على الأفراد بحيث يتعاونوا معاً في سبيل تحقيق هدف مشترك، وينبغي أن يكون الهدف أساسياً وجوهرياً لكل الأفراد العاملين في المؤسسة وجديراً بالسعي وراءه ويمكن تحقيقه، كما تتطلب القيادة توافر القدرة لدى القائد على رؤية الهدف الجماعي وبلورته، مما يوحي للآخرين باتباع رؤيته حتى ولو كان غائباً، وهذا مما يستدعي مهارة فائقة في التعبير عن الأفكار وصياغتها وإقناع الآخرين بها، إضافة إلى أهمية سعي القائد لبناء الثقة المتبادلة وتعزيزها بينه وبين العاملين معه وهذا يتطلب وجود الإلفة والعلاقة الإيجابية بين مختلف العاملين في المؤسسة. (77)

18- أسم الدراسة: مجلة السودان للإدارة والتنمية
إسم المؤلف: مجلة سنوية يصدرها معهد الإدارة العامة – الخرطوم – جمهورية السودان
تاريخ ومكان إصدارالدراسة: 1968 - المجلد الرابع

جاء ذكر المكافآت على النحو التالي:

إذا كان الأجر يحسب على أساس حجم العمل الذي يقوم به الفرد فإن الأعمال الممتازة ينبغي تقديرها حيث تخرج عن مجال الأجر ويكون التقدير بطرق متعـــددة من بينها العلاوات والترقيات الإستثنائية والمكافآت الشخصـــية، كـــذلك فـــإن المكافآت قد تكون عن مقابل إختراع أو كشف شيء جديد. ومن أجل ذلك يجب تشجيعهم على الإستمرار على مثل هذا العمل كما يشجع غيرهم على التفكير في العمل الجاد توصلاً إلى ما وصل إليه غيرهم من المكافآت. أيضاً فـــإن مســـاعدة العاملين على التخلص من مشكلاتهم المالية لا شك تساعد على تحسين ظـــروف العمل فيتخلص العامل من أفكاره التي تلازمه أو تراوده من وقت لآخر طالما أنـــه يشكو ضيقاً مالياً مما يؤثر على كفايته وعمله. وفي سبيل ذلـــك تأخـــذ بعـــض المنظمات بنظام السلف المالية تمنحها موظفيها كلما كانوا في ضيق مالي ليؤدوهـــا بعد ذلك على أقساط بسيطة. (78)

19- أسم الدراسة: الدليل ا لشامل لأساسيات الحاسوب والمعلوماتية
إسم المؤلف: المهندس عبدالله أحمد
تاريخ ومكان إصدارالدراسة: 1999م

ذكر الباحث عن أهمية الإتصالات في تطور مفهوم المعلومة وتناقلها اللحظي الذي يلغي حدود قدرة البشر العادية في تناقل المعلومات وإيصالها عبرالمسافات. (79)

20- أسم الدراسة: ملامح الإقتصاد السعودي لعام 2001م
إسم المؤلف: البنك السعودي البريطاني
تاريخ ومكان إصدارالدراسة: 2001م

إن قوى السوق الإقتصادية ليست الوحيدة التي تحدد إتجاه السوق بل هناك أيضاً القوى السياسية والنفسية. (80)

21- أسم الدراسة: وظائف منشأة الأعمال
إسم المؤلف: د. علي الشرقاوي
تاريخ ومكان إصدارالدراسة: 1979م

الرقابة الحديثة تعتمد على أدوات القياس العلمية التي ترتبط بالعمل ولا تنفصل عنه. وبالتحليل الإحصائي للانحرافات عن المقاييس والمعايير والمواصفات الموضوعية يمكن معرفة وتحديد مواطن الضعف حتى يتمكن المسئولين من إتخاذ الإجراءات الكفيلة بتصحيح هذه الإنحرافات في الوقت المناسب وبالدقة المطلوبة. **(81)**

22- أسم الدراسة: مشاكل قياس إنتاجية العمل

إسم المؤلف: د. عبدالعزيز هيكل

وجه الشبه: نلاحظ أن دراسة مشاكل الإنتاج من وجهة النظر التي تقوم على أساس توظيف رأس المال في العمل لتحقيق أقصى ربح ممكن، تجعلنا نصل إلى النتيجة القائلة بأن إنخفاض أجر العامل بالنسبة لفائدة رأسالمال يكون أحد اعوامل الاساسية التي تحدد الطريقة الإنتاج المثلى، أي التي يمكن إتباعها لتحقيق أقصى ربح ممكن حيث تكون التكلفة النقدية للإنتاج هي العامل الأساسي من وجهة النظر التي تقوم على أساس أن العمل هو الذي يستعين برأس المال لرفع مستوى المعيشة المتمثل في حجم الإنتاج المادي، أي يكون إرتفاع الأجور هدفاً لسياسة الانتاج وليس عاملاً مقرراً لها. بمعنى آخر يجب أن يكون أجر استخدام راس المال في عمليات الإنتاج منخفضاً إلى الحد الذ يمكن ويشجع على استخدام طرق الانتاج المتقدمة، وعلى هذا الأساس تفقد التكاليف النقدية للانتاج أهميتها من حيث تحديدها للطريقة المثلى لتصبح للتكاليف الحقيقية أهمية أولى. **(82)**

23- أسم الدراسة: High Performance Communication Networks

إسم المؤلف: Jean Walrand Pravin Varaiya

وجه الشبه: عندما تنفذ شبكة خدمات من الرسائل من المصدر إلى الجهة الأخرى وفق للنظام الصحيح، فإن البيانات المنقولة ما عدا في التفاوت الإرسالي قد يؤدي إلى تأخر الخدمة. **(83)**

24- أسم الدراسة: Developing E-Business Systems & Architectures – A Managers Guide

إسم المؤلف: Paul Harmon, Michael Rosen

وجه الشبه: إن الإنجاز العملي المعين يبدأ بإعادة تنظيم عمليات إدارة الأعمال. (84)

25- أسم الدراسة:

Inernational Marketing Management

إسم المؤلف: Dr. Jameel Mhamad Khader

وجه الشبه: إن الشركة التي تود التصدير المباشر عليهـا أن تحـدد تنظيمهـا الإداري حتى تكون مهمة التصدير تمارس بصورة جيدة. (85)

26- أسم الدراسة: Physical Therapy Administration & Management

إسم المؤلف: Robert j.Higkok

وجه الشبهة: القائد يعطي خطوطاً عريضة عما يجب أن يقوم به المرؤسين بفعالية حيث يكون الهدف الأساسي هو الإنتاجية. (86)

27- أسم الدراسة: Advanced Calculus

إسم المؤلف: Murray R.Spiegel

وجه الشبه: إن نظام الأرقام يجب أن يقوم على المنطق، إبتداءاً من الأساس مـن المعلومة الحقيقية، وعادة يجيء هذا من منظور الخبرة. (87)

28- أسم الدراسة: The Principles of Production Control

إسم المؤلف: John L.Burbidge

وجه الشبه: تناول المؤلف عملية التخطيط وأفاد بأنها مرحلة تعمـل في شـكل تناسق تام مع عملية التحولات ومراحل النظرية التي تسعى لتحقيق الأداء الجيـد لكل مرحلة من المراحل. (88)

29- أســـم الدراســـة: Nursing Today's World Challenges, Issues & Trends

إسم المؤلف: Janice R.Ellis, Celia L.Hartley

وجه الشبه: هنالك مجموعات مختلفة تقدم خدمة الرعاية الصحية وجميعهـــا مـــا زالت تواصل أنشطتها لأنها إستطاعت أن تلبي حاجيات المجتمع بطـــرق مختلفـــة، بعض هذه المجموعات تطبق مفهوم الجودة، أما الأخرى فإنها ما زالـــت في إطـــار الجدل. (89) .

الهوامش

الباب الأول
الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول	
المبحث الأول	
هامش رقم (1)	د. علي السلمي، صفحة 9، 10
هامش رقم (2)	نفس المرجع السابق صفحة 17 ، 18
هامش رقم (3)	د. توفيق محمد عبدالمحسن، 2001 -2002، صفحة 72
هامش رقم (4)	د. علي السلمي صفحة 20، 21
المبحث الثاني	
هامش رقم (5)	د. علي السلمي صفحة 33، 36
هامش رقم (6)	د. توفيق محمد، مراقبة الجودة، 2001 -2002، صفحة 74 ، 75
هامش رقم (7)	نفس المرجع السابق، صفحة 78
هامش رقم (8)	عبدالغفور يونس، صفحة 13
هامش رقم (9)	نفس المرجع السابق، صفحة 14
هامش رقم(10)	نفس المرجع السابق، صفحة 103 ، 119
هامش رقم(11)	د. محمد مرعي مرعي، 1999، صفحة 341
هامش رقم(12)	المرجع السابق، صفحة 342
المبحث الثالث	
هامش رقم (13)	مأمون الدرادكة وطارق الشبلي، 1422هـ/ 2002م، صفحة 229
هامش رقم (14)	المرجع السابق، صفحة 230
هامش رقم (15)	مأمون السلطي، صفحة 18
هامش رقم (16)	خضر كاظم محمود وسلطان بو تايه، صفحة 28 -31
الفصل الثاني	أثر الدوافع على تحقيق الجودةالشاملة
المبحث الأول	
هامش رقم (17)	د. علي الشرقاوي، 1979، صفحة 179

هامش رقم (18)	نفس المرجع السابق، صفحة 180
هامش رقم (19)	د. مهدي حسن زويلف، 1993، صفحة 61، 62
المبحث الثاني	
هامش رقم (20)	نفس المرجع السابق، صفحة 279 ، 280
هامش رقم (21)	د. مهدي حسن زويلف، صفحة 276 ، 277
هامش رقم (22)	Sudan Journal of Administration, P. 9-12-13
هامش رقم (23)	علي عباس حبيب ، 1997، صفحة 34
هامش رقم (24)	د. محمد علي الطويل، الإدارةالمعاصرة، 1997، صفحة 90
هامش رقم (25)	محاضرات بروفيسور د.محمد حسن حافظ، ماجستير إدارة الأعمال، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2002، صفحة 24
هامش رقم (26)	المرجع السابق، صفحة 183
هامش رقم (27)	د. صلاح الدين عبدالباقي، صفحة 261 ، 263
هامش رقم (28)	المرجع السابق، صفحة 263
المبحث الثالث	
هامش رقم (29)	المهندس عبدالله أحمد، صفحة 223
هامش رقم (30)	تقرير إجتماع الخبراء – دائرة التعاون الفني للتنمية، 1989، صفحة 35
هامش رقم (31)	د. أحمد حسين رشيد، د. يوسف محمد عبيدان، 1986، صفحة 171
هامش رقم (32)	حسين عمار، إدارة شئون الموظفين، 1380هـ/1961م، صفحة 217
هامش رقم (33)	حسن خليفة سليمان، صفحة 126
هامش رقم (34)	د. محمد علي الطويل، 1979م، صفحة 38

الفصل الثالث	**أثر مفهوم الجودةالشاملة في زيادة كفاءة الأداء في المستشفيات الخاصة والعامة للفترة 1995 – 2002م**
المبحث الأول	
هامش رقم (35)	الإستراتيجية الشاملة، 1999 – 2002م
هامش رقم (36)	Janice R Ellis, Nursing in Today's World,

	J.b.Lippincott, 1992, P. 277
المبحث الثاني	
هامش رقم (37)	مجلة السودان للإدارة والتنمية، الخرطو 2004، صفحة 18
هامش رقم (38)	د. محمد علي الطويل، طرابلس، 1997، صفحة 154 - 155
هامش رقم (39)	د. محمد مصطفى الخرشوم، الرياض، 1419هـ، صفحة 87 - 88
هامش رقم (40)	د. علي الشرقاوي، صفحة 153
هامش رقم (41)	المرجع السابق، صفحة 155
هامش رقم (42)	مرجع سابق
هامش رقم (43)	د. محمد مصطفى الخرشوم، صفحة 254 - 256
هامش رقم (44)	Herrymon Great Process Interprise, 1955
هامش رقم (45)	لقاء مع مدير العلاقات العامة، مستشفى الخرطوم التعليمي
هامش رقم (46)	سايمون كويلان، صفحة 27
هامش رقم (47)	المهندس عبدالله أحمد، مرجع سابق، صفحة 221 - 222
هامش رقم (48)	المرجع السابق، صفحة 223
هامش رقم (49)	د. فريد راغب النجار، 1981، صفحة 273 – 274
المبحث الثالث	
هامش رقم (50)	حسان محمد نذير الخرساني، 1990، صفحة 19
هامش رقم (51)	نفس المرجع السابق، صفحة 20 - 21
هامش رقم (52)	د. فريد راغب النجار، 1981، صفحة 43
هامش رقم (53)	المرجع السابق، صفحة 21 - 23
هامش رقم (54)	نفس المرجع السابق، صفحة 24 - 25
هامش رقم (55)	د. محمد عبدالرحمن مرحبا، 1978، صفحة 83 - 84
هامش رقم (56)	نفس المرجع السابق، صفحة 86
هامش رقم (57)	الشيخ أبي الفرج عبدالرحمن الجوزي، 1400هـ/1980م، ص 168،169
هامش رقم (58)	د. فريد راغب، صفحة 303

هامش رقم (59)	المرجع السابق، صفحة 304
هامش رقم (60)	د. السيد عبده ناجي، صفحة 46 - 47
المبحث الرابع	**الدراسات السابقة**
هامش رقم (61)	د. محمد علي الطويل، الإدارة المعاصرة، 1997م
هامش رقم (62)	د. إسماعيل محمد السيد، الإدارة الإستراتيجية، 1990م
هامش رقم (63)	منى الحديدي، الإعلان، 1999م
هامش رقم (64)	د. مهندس/ محمود سلامة عبدالقادر، الضبط المتكامل لجودة الإنتاج
هامش رقم (65)	حسين عمار، إدارة شئون الموظفين، 1380هـ/ 1961م
هامش رقم (66)	حسن محمد الشيخ، الإدارة بين يديك للمدراء ورجال الأعمال، 1413هـ -1992م
هامش رقم (67)	خيلي فهد سيباني، المفاوضات والإتفاقيات
هامش رقم (68)	د. حسن أحمد توفيق، الإدارة العامة، 1966م
هامش رقم (69)	شحادة الخوري، تكنولوجيا المعلومات على أعتاب القرن الحادي والعشرين، 1998م
هامش رقم (70)	عبدالغفور يونس، نظريات التنظيم والإدارة
هامش رقم (71)	Max Ways, The Future of Business, 1979
هامش رقم (72)	د. فريد راغب، إدارة الأعمال في الأنظمة الصحية والطبية، 1981م
هامش رقم (73)	المعهد العالي للإعلام والإتصال، الإتصال والتنمية فيالمجتمع القروي
هامش رقم (74)	د. مهدي حسن زويلف، إدارة الأفراد من منظور كمي والعلاقات الإنسانية، 1993م
هامش رقم (75)	السيد عبده ناجي، الإدارة العامة، مدخل إداري، 1991م
هامش رقم (76)	حسن خليفة سليمان، برنامج السكرتارية التنفيذية وإدارة المكاتب
هامش رقم (77)	وزارة التربية والتعليم، مجلة رسالة المعلم، لبنان، 1423هـ
هامش رقم (78)	معهد الإدارة العامة، مجلة السودان للإدارة والتنمية، الخرطوم، 1969م
هامش رقم (79)	المهندس عبدالله احمد، الدليل الشامل لأساسيات الحاسوب والمعلوماتية، 1999

هامش رقم (80)	البنك السعودي البريطاني، ملامح الإقتصاد السعودي لعام 2001م
هامش رقم (81)	د. علي الشرقاوي، وظائف منشأة الأعمال، 1979م
هامش رقم (82)	د. عبدالعزيز هيكل، مشاكل قياس إنتاجية العمل
هامش رقم (83)	**Jean Walran, Pravin Varaiya, High Performance Communication Networks 2000**
هامش رقم (84)	**Paul Harmon, Micheal Guttman, Developing E-Business Systems & Architectures . AManager's Guide, 2001**
هامش رقم (85)	**Dr. Jameel Mhamad Khader, International Marketing Management, 2002**
هامش رقم (86)	**Robert J.Higkok, Physical Therapy Administration & management, 1982**
هامش رقم (87)	**Murray R.Spiegel, Advanced Calculus, 1981**
هامش رقم (88)	**John L.Bubidge, The principles of Production Control**
هامش رقم (89)	**Janice R.Ellis, Celia. Hartly, Nursing in Today's World Challenges Issues**

الباب الثاني
دراسة الحالة
الفصل الأول
قطاع الصحة في السودان

المبحث الأول
بداية الخدمات الصحية قبل الإستقلال في عهد الإدارة البريطانية
Colonial Period

مجال الصحة العامة والصحة الوقائية:

تشرف عليه وزارة الصحة المركزية عبر وحداتها في المديريات التسع، يتم عبر هـذا المجال:

1- مكافحة إنتشار الأوبئة والحد منه عن طريق التطعيم ويشـمل حمـلات التطعيم ضد الجدري، السحائي، السل الرئوي وخلافه. وتغطي حمـلات التطعيم الأحياء السكنية والمدارس.

2- مكافحة الطفيليات المسببة للأمراض مثل البعوض والقمل وخلافهما.

المجال العلاجي:

تشرف عليه وزارة الصحة المركزية عبر المؤسسات العلاجية التي تتكون مـن ثـلاث مستويات:

المستشفيات الكبيرة: توجد فقط في عواصم المديريات التسع وهـي ذات طبيعـة علاجية عامة "لم تكن التخصصات الطبية مثلالباطنية والعيون والأسـنان وأمـراض النساء وخلافه معروفة في ذلك الوقت، وكان معظم الأطباء عموميـون" يضـاف إلى هذه المستشفيات مستشفى متخصص واحد هو مستشفى النهر بشارع النيل والـذي كان يختص بإستقبال مرضى السل الرئوي فقط وحوِّل مؤخراً إلى حمد النيل بأم درمان.

التسلسل الإداري بالمستشفيات:

يدير المستشفى عادةً طبيب عمومي بريطاني يطلــق عليــه لقــب **الحكيمباشي**، ويشرف على كل أقسام العمل بالمستشفى إضافة إلى واجبه كطبيب، يلي الحكيمباشي ما يسمى **بالمساعد الطبي** أو **مساعد الحكيم**، وهو عادةً ما يكون قد أمضى فترة طويلة كممرض تدرج خلالها حتى وصل إلى درجة مساعد الحكيم مــروراً بدرجــة باشممرض. وواجبات مساعد الحكيم هي القيام بالعلاج في الحالات اليومية العاديــة التي لا تستدعي وجود الطبيب "الحكيمباشي" إضافة إلى الإشراف على كل الطــاقم العلاجي والإداري الذي يقع تحته، فهو الذي يوزع الأعباء على الباشممرضين والطاقم الإداري المساعد كالكتبة والمحاسبين.

الباشممرض: وهو ممرض تلقى قدراً أكبر من الخبرة والتدريب في تالمستشفى فقط إذ لم تكن هناك مدارس للتمريض بعد. وهوالذي يقوم بالاشراف علــى ســير العــلاج للمرضى وكتابة التقارير عن سير العــلاج للمرضــى الموجــودين في المستشــفى أو المترددين على عيادةالمستشفى الخارجية.

الممرض: وقد يكون بدأ مهنته كفراش ثم تدرج فيها حتى وصل إلى درجة الممرض وكانت هناك دروس التمريض تلقى في المستشفى في شكل حصص أسبوعية يمــارس التدريس فيها الحكيمباشي والمساعد الطبي وقد يساهم فيها بعض أفراد الصحة العامة في المديرية.

المهن الأخرى الموجودة في المستشفيات:

العمال: عمال المطبخ، الخفراء وسائق واحد أو إثنين.

أعمال إضافية: يقوم بعض المرضين بعمل "التفريدة"* في الغذاءات الــتي تقــدم بالمستشفى. يقوم هذا الممرض بحساب الكميات المطلوبة من جميــع المــواد الغذائيــة للمرضى وذلك حسب عدد الإسرَّة والمرضى الموجودين في الدرجات الثلاث: الأولى

والثانية والثالثة. كذلك يعد هذا الممرض كل الإحتياجات من حطب الحريق، الفحم، الجاز وخلافه.

يقوم الباشممرض بالتنسيق مع بقية الممرضين بحصر الحالات التي ترد للمستشفى يومياً في شكل قوائم بالسماء، السكن، نوع المرض، السن، النوع لكل المرضى في الـــدفتر المعد لذلك ويعتبر ذلك مصدراً لأي إحصائية تستخرج من المستشفى يتدرب كثير من الممرضين والباشممرضين على أعمال تخصصية في العمليات الجراحية، التخدير، الفحص المعملي، الصيدلة، المشرحة وخلاف ذلك مثل العمـــل بأمـــاكن الحجـــر الصـــحي "الكرنتينة"*.

الشكل العام للمستشفى:

يتكون المستشفى عادة من الأقسام التالية: مكتب الحكيمباشي، مكتـــب الكتبـــة والمحاسبين، حجرة للعيادة الخارجية، حجرة للمعمل، حجرة للعميات الجراحية، عنابر المرضى،المشرحة، الكرنتينة. كل المستشفيات كانت مشيدة من الطوب الأحمر علـــى طابق واحد أرضي.

كما يوجد في كثير من المستشفيات عربة واحدة للنقل العادي إضـــافة إلى عربـــة إسعاف إما من

---

*التفريدة: إحصائية الغذاء الذي يقدم للمريض بالمستشفى.

*الكرنتينة: دار خصص لعلاج المرضى ذوي الحالات الناقلة للعدوى.

المناطق السكنية إلى المشرحة أو من المشرحة للمقابر. ونادراً ما تستعمل لنقل حـــالات مرضية تحتاج لعلاج.

الشفخانات: توجد عادة في المدن الكبيرة نوعاً خلاف عواصم المديريات، وهي أقل حجماً من المستشفى ونادراً ما يكون بها عنابر متعددة، قد يكون هناك حجرة واحدة أو حجرتان لإستقبال الحالات الطارئة بها حجرة عيادة خارجية وصيدلية، يشرف على

الشفخانات عادة مساعد الحكيم كما يشرف على عدد قليل من الممرضين والعمـــال. تستعمل الشفخانات للعلاج الخارجي اليومي. أما الحالات الخطيرة فيتم إرســـالها إلى أقرب مستشفى بعد طلب سيارة الإسعاف من هناك.

نقـاط الغيـار: عادة ما تكون حجرة واحدة في السكن المعد للمرضى الذي يشـــرف عليها الممرض وتحتوي على أرفف لحفظ زجاجات الأدوية ولاستقبال الحالات المرضية إما للعلاج الفوري أو التحويل لأقرب شفخانة أو مستشفى.

أما الأدوية المستعملة كانت في الغالب محاليل كيميائية يتم تركيبـــها في الســـودان. يضاف إليها بعض الأقراص وأدوية الحقن المستوردة من الخارج. (1)

المبحث الثاني

المشكلات التي واجهت المستشفيات قبل الإستقلال

الأمن والسلامة: لم يكن هناك أي تصور لأي إجراءات تهدف للأمن والسلامة، فقط كان يحظر على المهن العسكرية الدخول للمستشفيات بالملكية بالزي الرسمي، غرفة الإنعاش لم يكن لها وجود ولا قبل الإستقلال وظل الحال حتى بداية الإستقلال بمدة ليست بالقصيرة.

التلوث: كان وارداً خصوصاً وأن إمداد المياه النقية لم يكن متيسراً كان المصدرالوحيد لمياه المستشفى هو البئر السطحية يرفع منها الماء دون تنقية إلى خزان توزع منه المياه مباشرة عن طريق المواسير إلى المطبخ والحمامات وحجرة العيادة والمعامل.

المراحيض: كانت لكها من نوع"الجرادل" التي تفرغ كل مساء لتنقل إلى الخارج عبر الشوارع معرضة المستشفى والمناطق السكنية إلى الروائح والرشاش المتسايل من الجرادل وعربات نقلها. لحسن الحظ لم يكن هناك إزدحام سكاني في المدن.

العبء المالي: كانت تقوم به وزارة المالية بتخصيص ميزانيات لوزارة الصحة ولم تعاني منه الوزارتان نسبة لقلة عدد المستشفيات وقلة الإقبال عليها بواسطة الجمهور حيث كانت وسائل التداوي البلدية والتداوي ابلأعشاب أكثر إنتشاراً وكثيراً ما يلجأ المواطنون إلى المستشفيات بعد تفاقم المرض وتعذر علاجه التقليدي وكثيرا ما كانت تصل حالات ميئوس منها من المرض للمسشفى ليعود المريض جثة هامدة.

كل العبء المالي كان يتكون من المرتبات على إنخفاضها وقلة أعداد العاملين في الحقل الطبي، كما أن تجهيز المستشفيات كان بدائياً ولا يكلف كثيرا يضاف إلى ذلك قلة المؤهلين للعمل من الكوادر الطبية. كما أن الجانب الدوائي كان لا تجاوز الجدري المعرف بــ **693** وأقراص الإسبرين لعلاج الملاريا عند تعذر علاجها بشراب الكينيا. بقية التكلفة كانت عبارة عن بعض الحقن والشاش والقطن الطبي ثم الديتول والكحول وبعض المعدات البسيطة كالجراحية والأواني والمواقد ثم الأثاثات.

المستشفيات كما ذكر آنفاً لم تكن تتعدى عواصم المديريات وكلها كانت حكومية "عامة" باستثناء قليل جداً من مستشفيات خاصة قامت بجهد من بعـــض المنظمـــات الكنسية الأجنبية كالمستشفيات الإرسالية في العاصمة وبعض أقاليم الجنوب.

الأطبـاء: معظمهم بريطانيون مع وجود قلة من أطباء سودانيين كان يلاحظ إختفـــاء التخصصات بينهم.

السسـترات: كان هناك عدد قليل من السسترات الأجانب إستمر وجودهن حتى بعد تخرج الدفعة الأولى من مدرسة التمريض العالي قــرب مستشـــفى العيـــون، كانـــت السسترات الأجنبيات يمارسن نوعاً من الإشراف علـــى السســـترات الســـودانيات حديثات التخرج إلى أن تم إيقاف الأجنبيات إثر الإحتجاج من صاح التـــوم يدعمـــه المرحوم د. أبوعكر.

الممرضـين والممرضـات: كانوا مجرد فراشين منذ الإستعمار وتم تدريبهم فتـــرات طويلة داخل المستشفيات لترقيتهم إلى ممرضين ثم باشممرضين ويتاح للمـــبرزين منـــهم تلقي كورسات يتخرجون بعدها مساعدين طبيين. وكان يشـــرف علـــى التـــدريب والدراسة أطباء وقدامى المساعدين الطبيين وخريجي معهد الصحة العامة.

دو الأسرة:

نسبة لقلة عدد الممرضين والعمال فعادة ما يقوم أفراد أسرة المريض بتولي أمر العنايـــة وملازمة المريض لقضاء كثير من إحتياجاته غير العلاجية وكان هذا يؤدي إلى وجـــود أعداد كبيرة من أقارب المرضى "يزيد عددهم عن أعداد المرضى مرات مضاعفة" ممـــا يؤدي إلى خلق مشاكل في إستعمال المرافق وتراكم الفضلات مما يزيد من أعباء العمال بدلاً عن تخفيضها كما أن وجود هذا العدد في ساحات المستشفى لأيام بلياليها يزيـــد من فرص الإصابة بالأمراض والأوبئة التي ترد إلى المستشفى. (2)

يلاحظ أن المستشفيات إبان الإستعمار البريطاني أن العاصمة القومية والمدن الكبيرة قد حظيت باهتمام الإداريين وذلك من خلال التخطيط والتنظيم وبالتالي كانـــت هنـــاك

خطط مالية لتغذيتها وتنميتها. وأعتقد أن ذلك ظهر جلياً من نمط تشييد المستشفيات الحكومية حيث ظهر أن للتنظيم أهمية وفائدة مضطردة. ومن أهمية وظائفه أنه يـــؤدي إلى تسيير العمل بطريقة منظمة كما يعمل على تقليل المجهـــود الفكـــري للمـــوظفين ويؤدي إلى رفع الروح المعنوية للعمل على حسب تنظيم العمل كما نجده يؤدي الرقابة بسهولة تناسب المسئولين.

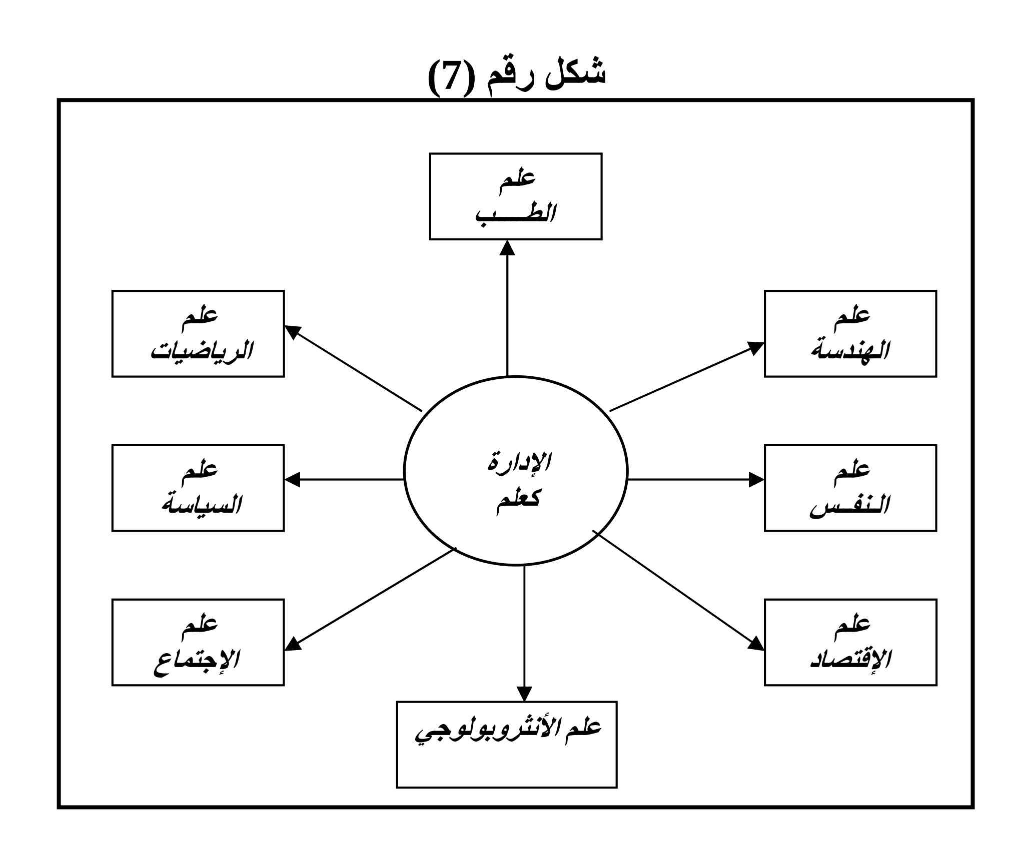
ويلعبالمدير دوراً هاماً في وضع الخطط المالية الهادفة واتخاذ القرار الصائب وفق الخطط المحددة، فالمدير هو القائد الفعال في ممارسة التخصصاتالإدارية اللازمة والعمـــل علـــى تنفيذها بواسطة المرؤسين. وللمدير مسئولية تتمثل في توجيهه للعمال وتحفيزهم للعمل وتشجيعهم على إتخاذ القرارات بالسبل الممكنة لكي تسيرالخطة الموجهة والمرســـومة من أجل تحقيق الأهداف.

إن هنالك جدلاً بين رجال الفكر الإداري حول الإدارة علم أم فن. فالبعض يشير إلى أن الإدارة علم لارتباطها الوثيق بالتنظيم والتخطيط والقيادة والبعض الآخر يرى أنها فن لارتباطها بالمواهب ولكن خلاصة القول أن الإدارة مرتبطة بالعلم. قال تعالى"علم الإنسان ما لم يعلم" صدق الله العظيم.

كما أن هنالك علوماً تتعلق بالادارة وهي علم النفس وعلم الاجتمـــاع والاقتصـــاد والانثربولوجي والهندسة والطب والرياضيات والسياسة، وقد قدمت هذه العلوم فوائد عدة للمديرين حيث زودتهم بفوائد كثيرة من المصطلحات والمفاهيم.

أنظر شكل رقم **(7)**

شكل رقم (7)



المبحث الثالث

الإستراتيجية المستقبلية للمستشفيات بالسودان

إختيارالخطط والإستراتيجيات المستقبلية داخل وزارة الصحة يتركز علـــى أفضـــل الطرق للوصول إلى تحقيق الأهداف التي تنوي المنظمة الوصول إليها بأحسن الطـــرق وقد يرتكز على الكفاءة. والكفاءة في حد ذاتها شيء مهم يجب توافرها في الشخصية الإدارية وخاصة المدير على أن يكون كفء، فالكفاءة تعمل على إســـتغلال المـــوارد الإستغلال الأمثل وأيضاً يتطلب وجود فعالية لإنجاز أهداف المستشفى فإذا تـــوافرت الكفاءة والفعالية فإن وزارة الصحة قد تكون استخدمت كل مواردهـــا اســـتخداماً صحيحاً وكذلك أنجزت كل أهدافها التي ترمـــي إليهـــا علـــى أن يكـــون إختيـــار الإستراتيجيات سليماً في مجاله المخصص له ومفهوماً ومرناً وله هدف من نفس الخطـــة مع الرقابة.

يعتبر الغاية والهدف من محاور الإستراتيجية، فالهدف هو الشيء الذي نشأت من أجله المنظمة والغاية تبنى على أساس الأشياء التي عملت من قبل فالمنظمة تعمل على إختيار الإستراتيجيات حيث انها تختار الأهداف المناسبة وتسعى إلى تحقيقها ويجب أن تكـــون الإستراتيجيات قابلة للتحدي بأن تكون الخطة قابلة للتنفيذ بطريقة مبرمجة يمكنـــها أن تنافس زمنها المعياري. مما يؤدي إلى زيادة الربح والإنتاج على أن يتوافق مع التنفيذ في وقت مناسب مع ملاحظة إختيار افضل النتائج وبأحسن الطرق.

ويمكن أن تصل المنظمة إلى سبل إختيار الإستراتيجيات عن طريق الدراسات الـــتي تصل إليها عن طريق الباحثين والمناديب التابعين للمنظمة. ويتم تداول تلك الدراسات من قبل الإدارة لتقييم ومعرفة مدى إستراتيجيتها لاختيار بدائل مدروسة عـــبر عـــدة قنوات. وبالتالي نجد التخطيط هو إقتران الفكر لاختيار بديل من عدة بـــدائل وهـــو إختيار حاضر لسلوك مستقبلي لمجموعة من التصرفات والانشطة البديلة.

كيف تعمل المنظمة على إختيار الإستراتيجيات:

تعمل المنظمة على اختيار الإستراتيجيات على النحو التالي:

1- تطوير البدائل الإستراتيجية "تعمل المنظمة على تطوير البدائل بأحسن الطرق".

2- تقييم البدائل الإستراتيجية "تقييم المنظمة للبدائل التي طورتها".

3- إختيارالبدائل الإستراتيجية "تتم عملية الاختيار للبديل من عدة بدائل جيدة".

الجوانب التكنولوجية وفق المعايير الدولية بالمستشفيات السودانية

المعدات:

لقد تم تزويد المستشفيات الرئيسة بأحدث المعدات والتي تشمل:

- **معدات الأشعة.**
- **أدوات جراحة الأسنان.**
- **معدات بنوك الدم.**
- **معدات كشف وغسيل الكلى.**
- **معدات كشف وعلاج أمراض الأمومة والطفولة.**
- **أجهزة الجهاز الهضمي.**
- **أجهزة أمراض العيون.**
- **معدات التحاليل.**
- **معدات العلاج الطبيعي.**
- **معدات علاج العظام.**
- **أجهزة التنفس.**
- **أجهزة أمراض القلب والشرايين والصدر.**
- **معدات التخدير.**

- معدات جراحة التجميل.
- معدات الأنف والأذن والحنجرة.
- جميع الأدوات الصحية والعلاجية الحديثة.

يتم إستيراد المعدات والأدوات والأجهزة من دول أوروبا وأمريكا وبعض دول شرق آسيا.

تجهيز غرف العمليات:

يلاحظ أن غرف العمليات قد تم تجهيزها بأحدث المعدات الحديثة خاصة في مستشفيات القطاع الخاص بحيث تعمل على تحقيق رضا العملاء.

تجهيزات غرف الإنعاش:

عند إطلاع الباحثة على غرف الإنعاش وجدتها تتميز بأدوات طبية حديثة تم توفيرها لتغطية حاجات العملاء المتزايدة وذلك ترغيباً لطالبي الخدمة (المرضى) وتحفيزاً للعاملين الذين تلقوا تدريبات في هذا المجال الطبي.

التمريض:

يسير بطريقة توضح الإهتمام التام بالمرضى من خلال إنضباط تناول الدواء والوجبات والمتابعة، والتقيين لحالة المريض قبل وبعد تلقي العلاج.

الفصل الثاني

الطب والصحة العامة

المبحث الأول

وزارةالصحة السودانية

I. وزارة الصحة هي الجهة المسئولة عن العمل الطبي والصحة العامة في جميع أنحاء السودان يساعدها في ذلك وفي مناطق قليلة منظمات إرسالية. وهناك مستشفيات بمستويات مختلفة تحت إشراف مفتش أو ضابط طبي موزعة في كل المراكز المهمة والمناطق الريفية التي تخدمها شبكة من الشفخانات ونقاط الغيار التي يعتبر كل منها مركزاً لخدمات الصحة العامة في المنطقة وتكون عادة تحت إشراف مساعد طبي. وتوجد العيادات الخاصة في المدن الكبيرة وتقوم بموجب ترخيص من لجنة الصحة العامة المركزية. أنظر الجدول رقم (1)

جدول رقم (1) إحصائية للمستشفيات، الشفخانات، نقاط الغيار، المراكز الصحية وعدد الأطباء لعام 1962م

عدد المستشفات	68 (ثمانية وستون)
الشفخانات ونقاط الغيار والمراكز الصحية	1061 (ألف وواحد وستون)
عدد الأطباء	430 (أربعمائة وثلاثون)

II. تتمثل **خدمات الطب العلاجي** في مستشفى رئيسي في كل رئاسة مديرية كما تمثل بمستشفيات أقل درجة في المراكز السكنية للمنطقة. وتتصل كل مستشفى بشبكة من الشفخانات الريفية ونقاط الغيار. ويكون ذلك الشكل العام للخدمات الطبية بالبلاد الذي يوفر الخدمات العلاجية للعيادة الخارجية في متناول معظم السكان. أما العيادات الخاصة فتتركز فقط في قليل من المدن الكبرى. ويتوفر في الوقت الحالي إختصاصيو الباطنية والجراحة في كل من مستشفيات المديريات الآتية:

الخرطوم – أم درمان – مدني – الأبيض – عطبرة – بورتسودان – جوبا – كسلا

III. **الخدمات الصحية:** يشرف عليها في كل مديرية ضابط صحة المديرية برئاسة مفتش الصحةالعامة وتهتم هذه الخدمات باجراءات التي تتخذ للحد من انتشار الأمراض عن طريق الوقاية. وتتكفل سلطات الحكومات المحلية بالإضطلاع بمسئولية الحفاظ على صحة البيئة في مناطقها تحت إشراف وتوجيه الحكومة المركزية.

IV. **القابلات في المناطق الريفية:** يوجد حوالي **1478** قابلة تم تدريبهن في مدارس حكومية لممارسة هذه المهنة في منازلهن. وتتعاون الحكومة المركزية مع الحكومات المحلية في توفير الخدمات الصحية للطفولة والأمومة.

V. **معامل علم الأمراض والبحث الكيميائي:** تتركز هذه المعامل في الخرطوم بينما يوجد قسم أبحاث علم الحشرات في ود مدني. أما فحص الأمراض الطبي فله وحدات في كل المستشفيات (معامل الفحص).

VI. **التدريب:** يتم تدريب الطلاب الخريجين في كليةالطب بجامعة الخرطوم وكلية للتمريض لتدريب خريجات المرحلة الثانوية لتأهيلهن للشهادات العالمية في كل من المحال العلاجي الوقائي.

هذا وقد وضعت خطة مفصلة فترتها سبعة سنوات لتقوية وزيادة الخدمات الصحية خلال الفترة **1962/61 – 1968/67**م ، ليوفر ذلك قدراً أكبر من الخدمات العلاجية والوقائية في كل أجزاء السودان. **(3)**

تعتبر وزارة الصحة التنظيم الذي تدور في فلكه تطور وتنمية المستشفيات وبالتالي ترى الباحثة أن توفير معلومة إحصائية عن المستشفيات له أهمية فاعلة. أنظر الجدول رقم **(2) إحصائية معلومات عن المستشفيات السودانية لعام 2000**م

جدول رقم (2)

309	مستشفى
23076	سرير مستشفى
القوى العاملة	
814	الأخصائيون
313	النواب
1405	الأطباء العموميون
2238	أطباء الإمتياز
306	الأطباء الصيادلة
6193	المساعدون الطبيون
2433	الفنيون
17526	الممرضون
365	مفتش وضابط صحة
917	ملاحظي صحة
1473	مساعد ملاحظ صحة
655	الزائرات الصحيات
9290	القابلات القانونيات
108	ضابط تغذية
610	مرشدات تغذية
164	باحث إجتماعي
المستشفيات والمستوصفات الخاصة:	
101	عدد المستشفيات الخاصة
1211	عدد الأسرة

(معلومات من المركز القومي للمعلومات الصحية – وزارة الصحة الإتحادية)

المبحث الثاني

إدارة المستشفيات السودانية العامة والخاصة

تعتبر الإدارة من أهم الموضوعات التي تؤثر على حياتنا وذلك لأنها ترتبط دائمـــا بتحديد الأهداف وكيفية الوصول إليها. والإدارة لا تهتم فقط بتحديد الأهداف الـــتي يجب العمل للوصول إليها ولكنها تهتم بدرجة كبيرة بكيفية تجميع الكفاءات البشـــرية والموارد المادية واستخدامها الاستخدام الفعال لتحقيق الأهـــداف المرجـــوة وتوجـــد الادارة بكل نشاط إنساني بل ويمكن ملاحظتها في كل مكان. فهي موجودة في المصنع المكتب، المدرسة، البنك، المتجر، النقابة، الفندق، القوات المسلحة، المستشفى...إلخ. ففي كل هذه الأماكن توجد إدارة ولعل صفاتها العامة واحدة وإن إختلفت مجـــالات التطبيق ومشكلاتها. والخطوة الأولى في الإدارة هي تحديد ما نســـعى إلى تحقيقـــه أي تحديد الأهداف ليس سهلا كما يتصور البعض بل تصاحبها كـــثير مـــن المصـــاعب والعقبات. فكثيراً ما تفرض الأهداف أو تتحدد بواسطة جهود آخـــرين غيرالفئـــة أو الطبقة الإدرية المسئولة عن تحقيقها. وعندما تتحدد الأهداف بهذا الأسلوب فهي تكون عامة عادة وغير مصاغة أو موضوعة بالطريقة التي تجعلها تصلح لأن تكون نقطة البدء في النشاط الإداري ويأتي دور المدير في مراجعة هذه الأهداف وتقسيمها وتصـــنيفها وصياغتها بحيث تصبح مفهومة وواضحة للجميع ويمكن قياسها، مع تحديد التحديات والقيود المفروضة على تحقيق هذه الأهداف. (4)

وكلا من المستشفيات الخاصة والعامة يجب أن تدار بمدير يتمتع بالكفاءة والفعالية فهو قادر على صنع واتخاذ القرار، قائد، ومتبع أسلوب الرقابة في المستشفى التي تسعى إلى إنضباط العمل الإداري وتقويمه من أجل تحقيق أهداف المنشأة.

ويلاحظ أن الخدمات الصحية بالمستشفيات السودانية تدار بمواصـــفات وجـــودة ومستوى مهني معين يشمل دور الوقت والمكان والمريض والبيئة المناســـبة والتكلفـــة المعقولة وبالتالي نجد أن نظرية تقسيم السلطات الثلاث تلعب دوراً كـــبيراً في تنظـــيم

وإنسياب المعلومات بسهولة تؤدي إلى فهم العمل المطلوب وترقيته داخل المستشفيات السودانية.

إن تقسيم العمل لمستوياته الثلاث له أهميته في نظام الدولة حيث تتميز معظم المؤسسات أو المنظمات أو مجموعة العمل بأنها تشتمل على مستويات الإدارة Management Levels فهنالك المديرين والعمال ذوي التخصص المتفرد. أيضاً نجد المدير والمدير الإقليمي والمشرفين ونلاحظ أن هذه المجموعة تمارس التخطيط والتنظيم والقيادة من أجل تحقيق الأهداف.

وتقسيم الإدارة في المستشفيات السودانية يعمل عبر ثلاث مستويات على النحو التالي:

1- الإدارة العليا:

تهتم الإدارة العليا بالتخطيط ووضع الرؤى المستقبلية، فهي تعتمد على معلومات تساعدها على تنمية وتطوير العمل عن طريق التخطيط الغستراتيجي والاحصاء الجيد للوصول إلى تحقيق أهداف المنشأة.

2- الإدارة الوسطى:

وهم مدراء تنفيذيين يقومون بالمراقبة والتخطيط والتحكم وبوضع القرار وتنفيذ أهداف المؤسسة البعيدة المدى ويراقبون أداء المنتجات ويتخذون القرار المناسب عند الضرورة.

3- المشرفون:

وهم يقومون بالاشراف على العاملين أو الموظفين وينتجون السلع أو الخدمات ويراقبون ويهتمون بادارة العاملين يوماً بعد يوم ويعالجون المشاكل.

وتعتقد الباحثة أن أهمية تقسيم السلطات تعتبر نظرية تعمل بكفاءة وفعالية لترقية العمل. إن الاهتمام بهذه النظرية تعمل على تفعيل وتقدم إنسياب العمل Information Flow داخل المستشفى ويلاحظ أن لكل مستوى من

مستويات الإدارة إحتياجات معلوماتية مختلفة. فالادارة العليا تحتاج إلى معلومات داخل وخارج المؤسسة للتركيز علـــى الخطـــط والاهـــداف البعيـــدة المـــدى بالمستشفيات.

أما الإدارة الوسطى فتحتاج إلى معلومات ملخصة كالتقـــارير الأســـبوعية أو الشهرية لتصور ميزانية المشروع الحالي من أجل زيـــادة أداء المشـــرفين ويهـــتم المشرفون بالتفاصيل اليومية بحيث يكون الأداء اليومي جيداً مما يـــؤدي إلى رضـــا العميل.

ولدعم الاحتياجات المختلفة تنساب المعلومات في اتجاهات مختلفـــة فالمـــدراء يحتاجون إلى معلومات من جميع الاقسام بالداخل ومن خارج المستشفيات. وذلك لضبط العمل وحل المشاكل في حينها.

وعلى هذا النسق من النظام بين مســـتويات الادارة الثلاثـــة تســـتطيع وزارة الصحة وضع إستراتيجيتها بطريقة علمية واضحة وسليمة من خلال خطط قصيرة المدى ومتوسطة المدى وطويلة المدى وذلك من أجـــل تنميـــة قطـــاع الصـــحة السوداني.

المبحث الثالث
الإختيار والتدريب والمرتبات

حالياُ يتم الإختيار للموارد البشرية للعمل بالمستشفيات السودانية عن طريق لجنة الإختيار، بينما في السابق كانت "إدارة العون الذاتي" بالمستشفى تقوم بعملية الإختيار للعاملين كعمالة مؤقتة ويتم التعيين عن طريق المدير العام للمستشفى.

وأفاد المسئولون بمستشفى الخرطوم التعليمي في الوقت الحاضر بأن يتم التعيين على الفصل الأول، وهي وظيفة ثابتة تتبع لديوان شئون الخدمة بتصديق من وزارة المالية لضمان المرتب. علماً بأن التعيين لجميع العاملين بالمستشفى ينعقد عن طريق لجنة الإختيار وذلك بحضور مدير شئون العاملين ممثلاً للمستشفى.

التعيين:

هنالك أسس لشروط التعيين بالمستشفيات وهي:

1- الشهادات الأكاديمية.
2- الخبرة.
3- المعرفة.

فمثلاً الأطباء يفترض أن تكون هنالك شهادة معترف بها أما إذا كان فنياً أو ممرضاً يتطلب التعيين بشهادة من كلية التمريض العالي أو مدرسة التمريض. بينما الموظفون يخضع تعيينهم حسب المؤهل.

التدريب:

تمارس المستشفيات السودانية نوعين من التدريب تدريب داخلي وآخر خارجي.

1- التدريب الداخلي: يتم داخل المستشفى بالنسبة للكوادر الطبية حيث أن المستشفى أصلاً مستشفى تعليمي ويقوم بتدريب الأطباء والكوادر المساعدة.

2- التدريب الخارجي: يخصص للأطباء فقط عن طريق وزارة الصحة في شكل بعثات تعليمية.

المرتبات والأجور:

المرتبات بالنسبة للمستشفى عبارة عن الفصل الأول من وزارة المالية. على نسق المؤسسات الحكومية الأخرى وأقل من المؤسسات الخاصة الشبيهة، وتتصف مؤسسات القطاع الخاص بأن المرتبات والأجور أفضل من القطاع الحكومي.

- **نظم المعلومات الإدارية المستخدمة في المستشفيات العامة والخاصة في السودان:**

كانت المستشفيات تعمل بنظام الملفات والإرشيف القديم. وخلال التغيير الذي أدخلته ثورة التقنيات الحديثة. ظهرت رؤى جديدة لتطوير العمل الاداري فقد أدخل نظام الكمبيوتر والإنترنت لمركز الكلى والإحصاء كما تم توزيع اجهزة كمبيوتر لجميع مديري الإدارات بمستشفى الخرطوم. مما يفتح مجال التدريب والتأهيل لجميع الكوادر الطبية في المستقبل. ويؤدي إلى تحسين الأداء من خلال قياس العمل علماً بأن قياس أداء العمل بالمستشفيات السودانية يخضع لأطر إدارية مرتبطة بالنظريات المنهجية الحديثة. وهي كيفية توفير المعلومات المحددة لإدارة المستشفى من تخطيط وتنظيم وقيادة ومتابعه.

بحيث يعمل على دراسة الطريقةالمستخدمة فمثلاً : مدخلات المستشفى هم: المرضى والأدوات الجراحية والأدوية، ومن خلال إجراء الكشف والفحص على المرضى، يتلقى المريض العلاج المطلوب أو المناسب لحالته ومن ثم يغادر المستشفى بفضل الإهتمام والرعاية الصحية – شخص سليم من المرض.

تعتقد الباحثة أن الهياكل والجداول المرصودة عن المستشفيات قد أظهرت أهمية الإدارة المتكاملة في تنظيم وتنمية الموارد البشرية والمادية والمعلوماتية، سعياً لتحقيق الأهداف المرجوة التي من أجلها أنشئت المستشفيات وهي تطبيق الجودة لصحة

مستدامة. أيضاً ترجع الأهمية في تصميم الوظائف الإدارية لكي تتفاعل مع بعضها البعض ويتم تنسيق الجهود من قبل الإدارة والكوادر العاملة وفق الخطط التي تسير عليها المستشفى ، وأيضاً التسلسل الجيد الذي يبدأ من قمة الهـرم الـوظيفي إلى قاعدته كتنظيم لإصدار القرارات ومرورها بالمستويات المتعددة وتأتي أهميتـها في خلق بيئة جماعية إجتماعية، هذه الجماعة تستطيع أن تبذل جهـدها وخبرتهـا في الوصول إلى تنمية متقدمة في مجال القطاع الصحي وجميـع المحـالات الشـبيهة بمساعدة إدارة نظم المعلومات، وأنظمة دعم القرار، وأنظمة التشـغيل، وأنظمـة الدعم التنفيذي، ومحتويات وحدة المعلومات، وتنظـيم المستشـفيات، وإتاحـة المعلومات ودرجة الإعتماد عليها، وتعتبر هذه الأنظمة معينات لتطبيـق الجـودة الشاملة.

(أنظر الملاحق – توضيح للهياكل التنظيمية لمستشفى الخرطوم التعليمي، مستشفى أم درمان التعليمي، مستشفى الخرطوم بحري التعليمي، مستشفى إبـن خلـدون "الخاص"، مستشفى النيل الأزرق"الخاص" ومستشـفى سـاهرون التخصصـي "الخاص".)

الهيكل التنظيمي للمستشفيات السودانية:

يتميز الهيكل التنظيمي للمستشفيات الذي وضع منذ الحكم البريطـاني علـى السودان بأنه قابل للتطور في المستقبل. حيث أن الهيكل التنظيمي الحالي لمستشفى الخرطوم التعليمي قد تم تعديله وتحسينه لكي يتوائم مع ثورة الصـحة الصـحة العالمية كما يوضح جدول توزيع وجبات المرضى أسلوب الإنضباط الذي إتبعـه مستشفى الخرطوم لإستشفاء المرضى.

بينما يلاحظ الشبه الواضح في الهياكل التنظيمية بين المستشفيات العامـة مـن ناحية التسلسل الإداري، والشكل التصميمي للبناء ونوعية الوجبـات وطريقـة تقديمها للمرضى (أنظر الهياكل والجداول – ملاحق).

أما المستشفيات الخاصة فنجد هيكلها التنظيمي مختصــراً، ونوعيــة الأغذيــة المقدمة لمرضى أكثر تنوعاً بالاضافة لقيمتها الغذائية الممتازة (أنظر الهياكل التنظمية والجداول المرفقة – ملاحق).

الفصل الثالث
المبحث الأول
تنظيم المستشفيات العامة

تتجه جميع دول العالم وجميع المنظمات الصحية إلى الأخذ بمبدأ أن الوقاية الصحية حق إنساني عام لكل مواطن ومن ثم تزداد مسئولية المنظمات الصحية ويزداد حجم نشاطها تبعاً لذلك. من تلك المنظمات القائمة على الوفاء بخدمات الصحة الوقائية والعلاجية مستشفيات المجمعات السكنية أو **Community** ومن ضمن هذه الخدمات التي تقوم بها مثل هذه المنظمات منع الأمراض عن طريق لتشخيص والعلاج على أساس خدمات الإسعاف **Ambulatory** والتي تتضمن قسم الصحة، مكاتب خاصة للاطباء، عيادات خاصة، عيادات حكومية، أقسام للعيادات الخارجية ووكالات الصحة الأخرى.

والجدير بالذكر أن هنالك بعض المرضى لا يحتاجون إلى خدمات كاملة من المستشفى أو جميع الخدمات الوقائية وهو ما يمكن أن يطلق عليه الحد الأدنى من الخدامت الصحية الوقائية. إذا كان هنالك مريض غير قادر مادياً وتحتاج حالته إلى سرير بالمستشفى نجد أن الوقاية الصحية تتطلب إيجاد الخدمة المناسبة له بالعيادتين الداخلية والخارجية، ويحتاج الفرد الذي يصبح مريضاً فجأة إلى خدمات صحية مستمرة ودورية فيحتاج إلى سرير بالمستشفى.

وقد تحتاج بعض الحالات إلى مراقبة مستمرة من الأطباء **Extended Care** وهي تختلف عن الخدمات الطبية المكثفة للحالات الصحية الخطرة والتي تحتاج إلى وقاية مكثفة أيضاً أي **Intersive Care** وهي تحتاج إلى خدمات طبية من أونواع مختلفة يجب أن توفرها المنظمة الصحية إذن يجب أن نفرق بين أنواع ا لمرضى المستهلكين من النواحي التالية:

أ/ طالبي خدمات صحية – تحتاج إلى حد أدنى من الخدمات الخارجية.

ب/ طالبي خدمات صحية – تحتاج إلى حد أدنى من الخدمات الداخلية.

جـ/ طالبي خدمات صحية – تحتاج إلى حد مكثف من الخدمات الداخلية.

وتتكون مدخلات هذه المستشفيات التي تخدم مناطق سكانية مكدسة التسهيلات الصحية، المعلومات الطبية، والكفايات والمهن المختلفة والإمكانيات المادية ممثلة في أجهزة طبية ومعدات طبية، ويجب أن يكون هنالك توازن بين مدخلات تلك المستشفيات التي يطلق عليها مستشفيات شعبية بمعنى أن الفائض أو النقص من أحد المدخلات سوف يؤثر على فاعلية المستشفى ككل ومن ثم هنالك حاجة لتوفير خدمات بحوث وتعليم ومعامل أشعة وغيرها.

المبحث الثاني

إتاحة المعلومات ودرجة الإعتماد عليها

إن إتاحة المعلومات هي درجة توفر تلك المعلومات لمستلم الرسالة أو المصب والسهولة النسبية في الحصول على المعلومات ومعدل تدفقها. أم درجة الإعتماد عليها في الكمية التي تتغير عكسياً مع الخطأ الإحتمالي في نظام الإتصالات في المنظمة الصحية وبمعنى آخر نعني بدرجة الإعتماد ومدى إتاحة المعلومات في نظام الإتصالات بالمستشفى وكيفية حصول وحدات إتخاذ القرار على معلومات من المصدر ونوع تركيب الإتصالات أفقياً ورأسياً في تنظيم المستشفى.

فالمعلومات تتدفق إلى المستشفى من مصادر عديدة مثال معلومات توزيع الخدمات الصحية ومعلومات المرضى ومعلومات البيئة ومعلومات المشتريات من الأدوية والأجهزة والمعدات الطبية ومعلومات وزراة الصحة والمستشفيات الأخرى وغيرها، وتظهر مشكلات متباينة في الحصول على تلك المعلومات وقد يكون السبب أحياناً نتيجة أن مسالك الحصول على تلك المعلومات ذات طاقة محددة.

ذكر "فايول" أن الوظيفة الإدارية تنشأ مع أفراد التنظيم أو الجماعات الآدمية فيه، وأن نظام العمل السليم بين الجماعات التنظيمية المتبادلة يعتمد على وجود عدد من الإشتراطات المتميزة التي يطلق عليها المباديء أو القواعد أو القوانين.

وقد إستخدم الباحث لفظ "مباديء" بدلا من قواعد أ قوانين فهو يرى أن من الصعب في مجال الإدارة إستخدام مؤشرات ثابتة للالتزام بها حرفياً فالمسألة نسبية إلى درجة كبيرة أثناء التطبيق. هذا إلى جانب انه من النادر ما يطبق المبدأ الواحد بنفس المفهوم الكلي أو الموضوعي في نفس الظروف وذلك للإختلافات التي قد تظهر بين الجماعات الآدمية وقدراتها وعلى ذلك تعتبر المباديء أكثر مرونة لتمتعها بمقدرة على التكيف مع الظروف.

وتعتبر المدرسة التجريبية المدخل الثاني يتبناه الذين ينظرون إلى الإدارة باعتبارها دراسة الخبرة بغرض الوصول إلى تعميمات، ونفرض إستخدامها كوسيلة لتحويل هذه الخبرة إلى تطبيقات. ويمكن القول أن الإتجاه الفكري الذي يمثل هذه المدرسة مبني على أن الإدارة أو السياسة هي دراسة وتحليل الحالات. وتقـوم المدرسـة التجريبية على فرض أننا لو حللنا تجارب المديرين الناجحين أو الأخطاء التي وقفوا فيها فإننا سنتعرف على أحسن الأساليب الفنية في مجال الإدارة. (5)

فما يقوم به رجل الأعمال اليوم توجهه بصورة كبيرة فكرته عن النتائج المحتملة للأنشطة المتنوعة وقد يكون من بينها النشاط الحالي، في الأوضاع الممكنة والمتنوعة لظروف المستقبل وبكلمة أخرى فإن نشاطه يعتمد علي النتائج التي أمكن التنبؤ بها داخل نطاق مجال أمكن التنبؤ به"وأن نفكر بهذه الطريقة هو أن نخطـط". ومـن الواضح أن التخطيط لم يكن مقصوراً على الأعمال ولا على العقد الحديث فالناس كانوا قادرين دائماً على تطبيق العقل والتجربة والفطـرة السـليمة كانـت – ومازالت – تشكل جزءاً هاماً من القاعـدة العقليـة للتنبـؤ، فبـدون العلـم والكنولوجيا المتطورة أو العقول الإلكترونيـة إسـتخدام الأفـراد والجماعـات والمجتمعات بأسره التخطيط لزيادة إنتاج الأغذية وإدارة الحروب وتغيير الأشكال السياسية والسلوك اللا أخلاقي، وفي العصر الحديث فإن التخطيط الذي يقوم به الأفراد والجماعات والمجتمعات قد تضاعف عدة مرات، فقد عززنا كـثيراً مـن قدرتنا على تحقيق التغيير وعلى التنبؤ به، فدينمايكية المجتمع الحالي تزيد من الحاجة إلى التطلع إلى الأمام إلا أنها تجعل من التنبؤ أيضاً مسألة أكثر صعوبة. (6)

وذلك ربما يرجع إلى عدم إلتزام المستشفيات السودانية العامة والخاصة بتطبيق الإستراتيجات المقترحة .. وقد يعزى ذلك إلى تأرجح الميزانيات المرصودة لتحقيق الإستراتيجية.

الهوامش
الباب الثاني

الفصل الأول:	قطاع الصحة في السودان
المبحث الأول:	
هامش رقم (1)	السيد/ حسن قاسم الزبير، الخرطوم، 2003
المبحث الأول:	
هامش رقم (2)	السيد/ صالح التوم، مساعد طبي مستشفى الخرطوم، الخرطـــوم، 2003
الفصل الثاني:	الطب والصحة العامة
المبحث الأول:	وزارة الصحة السودانية
هامش رقم (3)	Sudan Alamanc, Medicine & Public Health, P.163
المبحث الثاني:	إدارة المستشفيات العامة
هامش رقم (4)	د. فريد راغب، صفحة 212
الفصل الثالث:	
المبحث الأول:	
هامش رقم (5)	د. علي الشرقاوي، صفحة 151
هامش رقم (6)	المرجع السابق، صفحة 152

الباب الثالث

الفصل الأول

المبحث الأول

الأسلوب الإحصائي الذي تم إتباعه

إستخدمت هذه الدراسة برنامج **(SPSS)** للتحليل الإحصائي للوصول لتحليل إستبانات الدراسة والتي بلغ عددها **119** إستبانة وتم توزيعها على الكواد الطبيـــة في الإدارة العليا والإدارة الوسطى في المستشفيات العامة والخاصة التالية:

- **المستشفيات العامة:**

1- مستشفى الخرطوم التعليمي.

2- مستشفى الخرطوم بحري.

3- مستشفى أم درمان التعليمي.

4- كلية الطب - جامعة الخرطوم.

- **المستشفيات الخاصة:**

1- مستشفى ساهرون - الخرطوم.

2- مستشفى إبن خلدون - الخرطوم.

3- مستشفى النيل الأزرق - أم درمان.

ولقد تم إستخدام الإحصاء الوصفي (تكرارات ونسب مئوية للتمكن من عـــرض نتائج الدراسة والتحقق من فرضيات الدراسة).

المبحث الثاني
عرض وتحليل بيانات الدراسة

يلاحظ أن أنموذج الجداول التالية المرصودة عن مواصفات تصميم الإستبانة قـــد أوضحت أهمية هذه الدراسة من خلال عرض نتائج التحليل الإحصائي مما سيكون له أثر إيجابي في تحسين العمل المستمر بالمستشفيات السودانية، وذلك بانتهاج نهج ضـــبط الأداء للوصولإلى تحقيق أهداف إدارة الجودة الشاملة. إن متطلبات الجودة هي كيفية إمتلاك القدرة فيالتأثير على العاملين**Employees Empowerment** ، حيث يســـتطيع العامــــل أن يكـــون طرفـــاً في جميـــع خطـــوات عمليـــة الإنتـــاج.

إن نجاح الأداء يأتي نتيجة للجهود المبذولة للتحسين المستمر، وقد جاءت كلمـــة إستمرارية الجودة جاءت من اليابانيين تحت مسمى **Kaizen**، وقد تضمنت عدداً من المحاور الهامة منها: القيادة الرشيدة، إختيار فريقالعمل وتدريبه، تهيئة بيئة العمل، فـــتح قنوات الأمانة والصدق والتقدير، إدخال التقنية الحديثة وتوسيع الاتصال المباشر وغير المباشر، كسب رضا العميل والمورد والعامل. وبالرغم من تـــوفر مضـــامين الجـــودة الشاملة إلا أن تطبيقها يختلف من منشأة إلى أخرى. وهـــذا مـــا تم رصـــده في أداء المستشفيات العامةوالخاصة بالسودان (أنظر الجداول **1 – 33**)

عرض وتحليل بيانات الدراسة

جدول رقم (1)
العمر

العبارة	العدد	النسبة (%)
24 – 20	18	15.1
29 – 25	40	30.6
34 – 30	39	32.8
39 – 35	9	7.6
40 فما فوق	13	10.9
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 32.8% من أفراد عينةالدراسة تتفاوت أعمارهم ما بين 30 إلى 34 سنة و 30.6% أعمارهم ما ما بين 25 إلى 29 سنة و 15.1 أعمارهم ما بين 20 إلى 24 سنة و 7.6% أعمارهم فوق 40 سنة.

جدول رقم (2)
النوع

العبارة	العدد	النسبة (%)
ذكر	69	58
أنثى	50	42
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 58% من أفراد عينة الدراسة هم من الـــذكور و 42% منهم من الإناث، وعليه نخلص إلى أن غالبية أفراد العينة المبحوثة هـــم مـــن الذكور.

جدول رقم (3)
المهنة

العبارة	العدد	النسبة (%)
موظف	8	6.7
ممرض	7	5.9
ممرضة	10	8.4
سستر	10	8.4
طبيب	55	46.2
م. طبيب	1	8.
وظائف أخرى	28	23.5
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 6.7% من أفراد عينةالدراســـة هـــم مـــن الموظفين و 5.9% ممرضين و 8.4% ممرضات و 8.4% سسترات و 46.2% من الأطباء و 0.8% م. طبيب والبقية وظائف أخرى.
وعليه نخلص إلى أن غالبية أفراد عينة الدراسة يعملون بمهنة طبيـــب بالمستشفى.

جدول رقم (4)
المؤهلات العلمية

العبارة	العدد	النسبة (%)
المتوسط	5	4.2
الثانوي	22	18.5
الجامعة	69	58
فوق الجامعة	28	19.3
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 19.3% من أفراد عينة الدراسة مــؤهلهم التعليمي فوق الجامعي و 58% مؤهلهم جامعي و 18.5% ثانوي و 4.2% منهم متوسطة. ومن هذا نستنتج أن غالبية أفراد العينة الدراسة مؤهلاتهم العلمية جامعية.

جدول رقم (5)
قطاع الصحة في السودان

العبارة	العدد	النسبة (%)
متطور	25	21
غير متطور	94	79
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن79% من أفراد عينةالدراسة يرون أن قطاع الصحة في السودان غير متطور أما البقية يرونه متطور.

ومن هذا نستنتج أن الغالبية العظمى من أفراد عينة الدراسة يـــرون أن قطاع الصحة في السودان غير متطور.

جدول رقم (6)
نوع المستشفى

العبارة	العدد	النسبة (%)
عام	60	5.4
خاص	59	49.6
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 50.4% من أفراد عينة الدراسة يعملـــون في مستشفيات عامة و 49.6% منهم يعملون في مستشفيات خاصة.

ومن هنا نخلص إلى أن معظم أفراد عينةالدراسة يعملون بالمستشفيات العامة.

جدول رقم (7)
تكلفة العلاج بالمستشفى

العبارة	العدد	النسبة (%)
باهظ الثمن	48	40.3
مناسبة	47	39.5
غير مناسبة	24	20.2
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 40.3% من أفراد عينة الدراسة يـــرون أن تكلفة العلاج بالمستشفى باهظة الثمن و 39.5% يرون تكلفته مناســـبة و 20.2% منهم يرون أنها غير مناسبة.

ومن هذا نخلص إلى أن الغالبية العظمى يـــرون أن تكلفـــة العـــلاج بالمستشفيات باهظة الثمن.

جدول رقم (8)

يطبق هذا المستشفى الجودةالشاملة من حيث الإنضباط

العبارة	العدد	النسبة (%)
نعم دائماً	14	11.8
نعم أحياناً	62	52.1
لا	43	36.1
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 11.8% من أفراد عينةالدراسة يـــرون أن نظام الجودةالشاملة من حيث الإنضباط يطبق دائمـــاً فـــي المستشـــفى و52.1 يرون أنه يطبق أحياناً، أما البقية يرون أنه لا يطبق.

من هنا نستنتج أن معظـــم أفـــراد عينـــة الدراســـة يـــرون أن نظـــام الجودةالشاملة يطبق في المستشفيات أحياناً.

جدول رقم (9)

تصوركم لمواصفات المستشفى النموذجي

العبارة	العدد	النسبة (%)
مجانية الدواء	10	8.4
زيادة تخصص الأطباء لمختلف الأمراض	20	16.8
الإعتناء بخدمات المستشفى	10	8.4
جميع الإجابات السابقة	79	66.4
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 8.4% من أفـراد عينـة الدراسـة فـي تصورهم لمواصفات المستشفى النموذجي هو جانية الـدواء، 16.8% منهم في زيادة تخصص الأطباء لمختلف الأمراض ، 8.4% منهم يرون أنه في تطوير الخدمات و 66.4% منهم في تصـورهم أن المستشـفى النموذجي تتمثل فيه جميع المواصفات السابقة. .

وبهذا نخلص إلى أن غالبية أفراد عينة الدراسة تصورهم للمستشفى النموذجي هو (مجانيـة الـدواء، وزيادةتخصـص الأطبـاء لمختلـف الأمراض والإعتناء بخدمات المستشفى).

جدول رقم (10)
مقياس درجة رضاء العاملين بالمستشفى الخاص

العبارة	العدد	النسبة (%)
مرضي	20	16.8
مرضي إلى حد ما	69	58
غير مرضي	30	25.2
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 16.8% من أفراد عينةالدراسة يـرون أن رضا العاملين بالمستشفى الخاص مرضٍ و 58% يرون أنه مرض إلى حد ما و 25.2 منهم يرون أنه غير مرضي..

من هنا نخلص إلى أن غالبية أفراد عينة الدراسة يـرون أن عملهـم مرضي إلى حد ما بالمستشفى الخاص.

جدول رقم (11)
القطاع العام

العبارة	العدد	النسبة (%)
إتخاذ القرار	9	6.7
التجديد والتغيير	3	2.5
التنظيم	4	3.4
جميع الأجوبة	103	86
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 6.7% من أفراد عينةالدراسة يرون أن الدور الذي يقع على عاتق المسئولين في المستشفيات هو إتخاذ القرار و2.5% منهم يرون أنه التجديد أو التغيير و 3.4% منهم يرون أنه التنظيم و 86.6% يرون أن جميع الأجوبة تقع على عاتق المسئولين في المستشفيات.

وعليه يتضح أن غالبية أفراد عينة الدراسة يرون أن الدور الذي يقع على عاتق المسئولين بالمستشفيات بالقطاع العام هو (إتخاذ القرار، التجديد أو التغيير، التنظيم).

جدول رقم (12)
القطاع الخاص

العبارة	العدد	النسبة (%)
الإدارة القوية	6	5
التنظيم	6	5
التجديد أو التغيير	7	5.9
جميع الأجوبة	100	86
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 5% من عينة أفراد الدراسة يرون أن الدور الذي يقع على عاتق المسئولين في المستشفيات هو الإداة القوية ونفس هذه النسبة يـــرون أن الدور في التنظيم و5.9% يرون أنه في التجديد والتغيير و 86% منهم يرون أن جميع الأجوبة.

وعليه يتضح أن غالبية أفراد عينة الدراسة يرون أن الدور الذي يقـــع على عاتق المسئولين بالمستشفيات بالقطاع الخاص هو (الإداة القوية، التجديد أو التغيير، التنظيم).

جدول رقم (13)
درجة الوقاية بالمستشفى العام

العبارة	العدد	النسبة (%)
ممتازة	4	3.4
جيدة	13	10.9
متوسطة	22	18.5
ضعيفة	80	67.2
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 3.4% من أفراد عينة الدراسة يـــرون أن درجة القواية بالمستشفى العام ممتازة و 10.9% منهم يرون أنها جيدة و 18.5% منهم يرون أنها متوسطة و 67.2% يرونها ضعيفة.

ومن هنا نستنتج أن غالبية أفراد عينة الدراسة يرون ن درجةالوقايـــة بالمستشقيات العامة ضعيفة.

جدول رقم (14)
درجة الوقاية بالمستشفى الخاص

العبارة	العدد	النسبة (%)
ممتازة	24	20.2
جيدة	32	26.8
متوسطة	39	32.8
ضعيفة	24	20.2
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 20.2% من أفراد عينة الدراسة يـــرون أن درجة القواية بالمستشفى الخاصة ممتازة و 26.9% منهم يرون أنهـــا جيدة و32.8% منهم يرون أنها متوسطة والبقية يرون أنها ضعيفة.
ومن هنا نستنتج أن غالبية أفراد عينة الدراسة يرون ن درجةالوقايـــة بالمستشقيات العامة متوسطة.

جدول رقم (15)
أنشطة المستشفى العام

العبارة	العدد	النسبة (%)
تكثيف العلاج للمرضى	15	12.6
الإهتمام بتدريب القوة العاملة بالمستشفى	24	20.2
تكثيف البحوث والتجارب العلمية	9	7.5
جميع الأجوبة	71	59.7
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 12.6% من أفراد عينة الدراسة يرون أنشطة المستشفى العام تتمثل في تكثيف العلاج للمريض و 20.2% منهم يرون أنها في الإهتمام بتدريب القوة العاملة بالمستشفى و 7.5% منهم يرون أنها في تكثيف البحوث والتجارب العلمية والأغلبية يرون أنها جميع الأجوبة السابقة..

ومن هنا نستنتج أن غالبية أفراد عينة الدراسة يرون أن درجةالوقاية بالمستشقيات العامة ضعيفة.

جدول رقم (16)

أنواع الأدوية من حيث البلد المصنع، هل تفضل:

العبارة	العدد	النسبة (%)
الدواء المصنع محلياً	29	24.4
الدواءالمستورد	90	75.6
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 24.4% من أفراد عينة الدراسة يفضلون الدواء المصنع محلياً بينمانرى أن هنالك 75.6% منهم يفضلون الدواء المستورد.

وعليه نخلص إلى أن الغالبية العظمى من أفراد عينة الدراسة يفضلون الأدوية المستوردة.

جدول رقم (17)
الصعوبات التي تواجه الأطباء والممرضين داخل غرفة العمليات:

العبارة	العدد	النسبة (%)
عدم تناسق مجموعة العمل	26	21.8
إنقطاع التيار الكهربائي	93	78.2
قلة الكفاءة	-	
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 21.8% من أفـراد عينـة الدراسـة أن الصعوبات التي تواجه الأطباء والممرضين داخل عرغة العمليات فـي المستشفى هي عدم تناسق مجموعة العمل 78.2% يرون أنهـا مـن إنقطاع التيار الكهربائي.

ومن هذا نستنتج أن غالبية أفراد عينة الدراسة يـرون أن الصـعوبات التي تواجه الأطباء والممرضين داخل غرفة العمليات هي إنقطاع التيار الكهربائي.

جدول رقم (18)
المستشفيات الخاصة والتكاليف المالية بالنسبة للمواطنين

العبارة	العدد	النسبة (%)
مناسبة	16	13.4
غير مناسبة	103	86.6
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 86.6% من أفراد عينة يرون أن التكاليف المالية للمواطن في المستشفياتالخاصة غير مناسبة بينما نجد أن 13.4% منهم يرون أنها مناسبة.

ومن الجدول نستنتج أن الغالبية العظمى من أفراد عينة الدراسة يرون أن المستشفيات الخاصة عالية التكاليف المالية بالنسبة للمواطنين.

جدول رقم (19)

أسباب هجرة الكوادر الطبية في نظرك

العبارة	العدد	النسبة (%)
قلة الرواتب	60	54.6
عدم الإنضباط	49	41.2
عدم وجود الأجهزة الحديثة	5	4.2
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 54.6% من أفراد عينة الدراسة يرون أن السبب في هجرة الكوادر الطبية هو قلة الرواتب بينما نجد أن 41.2% منهم يرون أن السبب هو عدم الإنضباط ونجد أن 4.2% منهم يرون أن السبب هو عدم وجود الأجهزةالحديثة.

ومن الجدول أعلاه يتضح أن غالبية أفراد عينة الدراسة يرون أن أسباب هجرة الكوادر الطبية في نظرهم هو قلة الرواتب.

جدول رقم (20)

سلبيات المستشفى العام

العبارة	العدد	النسبة (%)
نقص الدواء	45	37.7
نقص العمالة المدربة	74	62.3
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 37.7% من أفراد عينة الدراسة يـــرون أن سلبيات المستشفى العام هي نقصالدواء و 62.3% يرونها في نقــص العمالة المدربة.

ومن هنا نخلص إلى أن غالبية أفراد عينة الدراســـة يـــرون أن مـــن سلبيات المستشفى العام نقص العمالة المدربة.

جدول رقم (21)

سلبيات المستشفى الخاص

العبارة	العدد	النسبة (%)
عدم الخبرة	26	21.8
إرهاق العاملين (ببذل الجهد من أجل المال)	93	78.2
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 21.8% من أفراد عينة الدراسة يرون أن سلبيات المستشفى الخاص في عدم الخبرة و 72.2% منهم يـــرون أن السلبيات هي إرهاق العاملين وبذل الجهد من أجل المال.

ومن الجدول أعلاه يتضح أن غالبية أفراد عينـــة الدراســـة يـــرون أن سلبيات المستشفى الخاص تتمثل في إرهاق العاملين (ببذل الجهد مـــن أجل المال).

جدول رقم (22)

الفرق بين المستشفى الخاص والعام في إطار:

العبارة	العدد	النسبة (%)
المستشفى العام يتعامل مع الفئات المتوسطة والفقيرة	81	68.1
معظم الأطباء عموميون وغير مختصون	38	31.9
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 68.1% من أفراد عينة الدراسة يـــرون أن الفرق بين المستشفى العام والخاص هو أن المستشفى العام يتعامل مع الفئات المتوسطة والفقيرة و 31.9% منهم يرون الفرق في أن معظـــم الأطباء عموميون وغير متخصصين.

من نستنتج أن غالبية أفراد عينـــة الدراســـة يـــرون أن الفـــرق بـــين المستشفى العام والخاص هو أن المستشفى العام يتعامل مـــع الفئـــات المتوسطة والفقيرة.

جدول رقم (23)

المستشفى الخاص (التعامل مع الفئات المقتدرة)

العبارة	العدد	النسبة (%)
نعم	104	87.4
لا	15	12.6
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 87.4% من أفراد عينة الدراسة يرون أن المستشفيات الخاصة تتعامل مع الفئات المقتدرة و 12.6% يـــرون أن المستشفيات الخاصة لا تتعامل مع الفئات المقتدرة.

ومن هذا نستنتج أن غالبية أفراد عينة الدراسة يـــرون أن المستشـــفى الخاص يتعامل مع الفئات المقتدرة.

جدول رقم (24)
المستشفى الخاص (معظم الأطباء متخصصون)

العبارة	العدد	النسبة (%)
نعم	101	84.9
لا	18	15.1
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 87.4% من أفراد عينة الدراسة يـــرون أن في المستشفيات الخاصة معظم الأطباء متخصصون، بينما نجد 15.1% منهم يرون أن معظم الأطباء غير متخصصين..

ومن هنا نخلص إلى أن غالبية أفراد عينة الدراسة يـــرون أن معظـــم الأطباء في المستشفى الخاص متخصصون.

جدول رقم (25)
يطبق الكادر الوسيط/ الممرضون والممرضات التعليمات والمراقبة

العبارة	العدد	النسبة (%)
نعم	91	76.5
لا	28	23.5
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 76.5% من أفراد عينة الدراسة يرون أن الكادر الوسيط من الممرضين والممرضات يطبق التعليمات والمراقبـــة ونجد 23.5% منهم يرون أنه لا يطبق التعليمات والمراقبة.

ومن الجدول أعلاه نستنتج أن غالبية أفراد عينة الدراسة يرون أن الكادر الوسيط(الممرضين والممرضات) يطبقون التعليمات والمراقبة.

جدول رقم (26)

المستشفى العام يهيئ الإستراحة الجيدة للطبيب

العبارة	العدد	النسبة (%)
نعم	56	47.1
لا	63	52.9
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 47.1% من أفراد عينة الدراسة يرون أن المستشفى العام يهيئ الاستراحة الجيدة للطبيب، بينما 52.9% منهم عكس ذلك.

ومن هنا نستنتج أن غالبية أفراد عينة الدراسة يرون أن المستشفى العام لا يهيئ الإستراحة الجيدة للطبيب.

جدول رقم (27)

المستشفى الخاص يهيئ الإستراحة الجيدة للطبيب

العبارة	العدد	النسبة (%)
نعم	75	63
لا	44	37
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 63 % من أفراد عينة الدراسة يرون أن المستشفى الخاص يهيئ الاستراحة الجيدة للطبيب، بينما 37% منهم عكس ذلك.

ومن هنا نستنتج أن غالبية أفراد عينة الدراسة يــرون أن المستشــفى الخاص يهيئ الإستراحة الجيدة للأطباء.

جدول رقم (28)

أهداف المستشفى العام

العبارة	العدد	النسبة (%)
معالجة المرضى	77	64.7
أهداف خدمية غير ربحية	42	35.3
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 64.7 % من أفراد عينة الدراسة يرون أن أهداف المستشفى العام هي معالجة المرضى، بينما نجد 35.3% منهم يرون أن أهدافها خدمية غير ربحية.

ومن هنا نخلص إلى أن غالبية أفراد عينة الدراسة يرون أن أهــداف المستشفى العام هو معالجة المرضى.

جدول رقم (29)

أهداف المستشفى الخاص

العبارة	العدد	النسبة (%)
معالجة المرضى	21	17.6
أهداف خدمية غير ربحية	98	82.4
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 17.6 % من أفراد عينة الدراسة يرون أن أهداف المستشفى الخاص هي معالجة المرضى، بينمــا نجــد 82.4% منهم يرون أن أهدافها خدمية غير مربحة.

ومن هذا نخلص إلى أن غالبية أفراد عينة الدراسة يرون أن أهــداف المستشفى الخاص هو أهداف خدمية غير مربحة.

جدول رقم (30)
الوقاية المكثفة للعاملين متوفرة

العبارة	العدد	النسبة (%)
المستشفى العام	17	14.3
المستشفى الخاص	102	85.7
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 14.3 % من أفراد عينة الدراسة يرون أن الوقاية المكثفة توجد في المستشفى العام، بينما 85.7% منهم يرون أن الوقاية المكثفة للعاملين توجد في المستشفى الخاص.
من هذا يتضح أن غالبية أفراد عينة الدراسة يرون أن الوقاية المكثفة للعاملين توجد بالمستشفى الخاص..

جدول رقم (31)
الأجهزة الطبية الحديثة متوفرة

العبارة	العدد	النسبة (%)
بالمستشفى العام	22	18.5
بالمستشفى الخاص	97	81.5
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن18.5 % من أفراد عينة الدراسة يرون الأجهزة متوفرة في المستشفى العام، بينما 81.5% منهم يرون أن الأجهزة متوفرة في المستشفى الخاص.

من هذا نستنتج أن غالبية أفراد عينة الدراسة يرون أن الأجهزة الطبيةاحديثة متوفرة بالمستشفى الخاص..

جدول رقم (32)
سلبيات التشخيص تكثر في

العبارة	العدد	النسبة (%)
المستشفى العام	63	52.9
المستشفى الخاص	56	41.1
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 52.9 % من أفراد عينة الدراسة يرون أن سلبيات التشخيص تكثر في المستشفى العام، بينما 41.1% منهم يرون أن سلبيات التشخيص تكثر في المستشفى الخاص.

من الجدول أعلاه نخلص إلى أن غالبية أفراد عينة الدراسة يرون أن سلبيات التشخيص تكثر في المستشفى العام.

جدول رقم (33)
تطلعاتك للمفهوم الحديث للمستشفى العام / الخاص

العبارة	العدد	النسبة (%)
أجهزة طبية حديثة	2	1.7
أسرَّة للتنويم	1	0.8
تحسين الخدمات الطبية	10	8.4
جميع الأجوبة	106	89.1
المجموع	119	%100

من الجدول اعلاه نلاحظ أن 1.7 % من أفراد عينة الدراسة تطلعاتهم للمفهوم الحديث للمستشفى العام/ الخاص هو أجهزة طبية حديثة، 0.8% منهم تطلعاتهم للمفهوم أسرة للتنويم، 8.4% منهم يرون تحسين الخدمات الطبية و 89.1% تطلعاتهم للمفهوم في جميع الأجوبة السابقة.

من الجدول أعلاه يتضح أن معظم تطلعات أفراد العينة المبحوثة بالمفهوم الحديث للمستشفى العام والخاص هي:

1 - أجهزة طبية حديثة.
2 - أسرَّة للتنويم.
3 - تحسين الخدمات الطبية.

المبحث الثالث

إختبار فرضيات الدراسة

لقد تم إختبار فرضيات الدراسة باستخدام النسبالمئوية لتكرارات إجابات المبحوثين:

الفرضية الأولى: تلتزم المستشفيات العامة بتطبيق مفهوم الجودة الشاملة.

من الجدول رقم (8) نجد أن 11.8% من أفراد العينة يرون أن إدارة المستشفيات دائماً تطبق الجودة من حيث الإنضباط بينما نجد أن 52.1% منهم يرون أن الإدارة تطبق ذلك أحياناً ونجد أن 36.1% منهم يرون أنها لا تطبق الجودة الشاملة من حيث الإنضباط.

من الجدول رقم (13) نجد أن 67.2% من أفراد الدراسة يرون أن درجة الوقاية بالمستشفى العام ضعيفة بينما نجد أن 10.9% يرون أنها جيدة و 3.4% يرون أنها ممتازة.

من الجودول رقم (14) نجد أن 20.2% من أفراد الدراسة يرون أن درج الوقاية في المستشفى الخاص ممتازة، 26.6% يرونها جيدة، 22.8% يرنها متوسطة، 20.2% يرون أنها ضعيفة.

من جدول رقم (17) نجد أن 78.2% من أفراد العينة يرون أن من الصـــعوبات التي تواجه الأطباء والممرضين داخل عرف العمليات إنقطـــاع التيـــار الكهربـــائي و 21.8% يرون أن من الصعوبات عدم تناسق مجموعة العمل.

عليه يمكن القول بأنه ليس هناك إلتزام تام بتطبيق مفاهيم الجودة الشاملة بالمستشفيات العامة والخاصة بالسودان. مما ينعكس سلباً على أداء العاملين.

الفرضية الثانية: يوفر المستشفى الخاص أساليب الوقاية للعاملين.

من جدول رقم (30) نجد أن 14.3% من أفراد العينة يرون أن المستشفى العـــام يوفر الوقاية المكثفة للعاملين بينما نجد 85.7% منهم يـــرون ذلـــك في المستشـــفى الخاص.

عليه تم ثبوت صحة الفرضية الثانية حيث يمكن القول بأن المستشفى الخاص يـــوفر للعاملين أساليب وقاية أفضل من المستشفى العام.

<u>الفرضية الثالثة:</u> لا يلتزم المستشفى الخاص والعام بالعمل على رضا الكادر الطبي.

من الجدول رقم (10) نجد أن 25.2% من أفراد العينة غير راضين عن وضـــعهم في المستشفى الخاص، و 58% راضين إلى حد ما بينما نجد فقط 16.8% راضين عن الوضع في المستشفى الخاص.

من الجدول رقم (20) نجد أن 52.2% يرون أن من سلبيات المستشفى العام نقص العمالة المدربة. ومن جدول رقم (21) نجد أن 78.2% من أفراد العينة يرون أن من سلبيات المستشفى الخاص إرهاق العاملين.

من الجدول رقم (26) نجد أن 2.9% من أفراد العينة يرون أن المستشفى العام لا يهيئ الإستراحة الجيدة للطبيب، ومن جدول رقم (27) نجد أيضاً أن 37% منـــهم يرون أن المستشفيات الخاصة لا تهيئ الإستراحة الجيدة للطبيب. من ذلك يمكـــن أن نستنتج أن المستشفيات العامة والخاصة بالسودان لا تلتزم بالعمل على رضا الكـــادر الطبي. وهذه إشارة لإثبات صحة الفرضية الثالثة.

<u>الفرضية الرابعة:</u> لا توجد فروق بين المستشفى العام والخاص في إطار التعامل مـــع الفئات المتوسطة والفقيرة.

من الجدول رقم (22) نجد أن 68.1% من أفراد العينة يرون أن المستشفى العام يتعامل مع الفئات المتوسطة والفقيرة.

من الجدول رقم (23) نجد أن 87.4%يرون أن المستشفى الخاص يتعامـــل مـــع الفئات المقتدرة.

عليه يمكن إثبات عدم صحة الفرضية الرابعة لأن هنالك فروق بين المستشفى العـــام والخاص في إطار التعامل مع الفئات المتوسطة والفقيرة.

الفرضية الخامسة: يتميز المستشفى الخاص بأن معظـــم الأطبـــاء والعـــاملين بـــه متخصصون وذوي خبرة.

من الجدول رقم **(22)** نجد أن **31.9%** فقط من أفراد العينة يـــرون أن الأطبـــاء بالمستشفى العام عموميين وغير متخصصين. بينما نجد من الجـــدول رقـــم **(24)** أن **84.9%** من أفراد العينة يرون ان معظم أطباء المستشفى الخاص متخصصون.

عليه أثبتت صحةالفرضية الخامسة بأن المستشفى الخاص يتميز عن المستشفى العام بأن معظم الأطباء والعاملين به متخصصون وذوو خبرة.

مع ملاحظة أن العاملين بالمستشفيات العامة والخاصة يحتاجون إلى تدريب مســـتمر، خاصة وأن العالم اليوم يعمل على الإستفادة من ثورة المعلومات التقنية والعلمية المرتبطة بالبحوث التي تهدف إلى توضيح أثر مفهوم الجودة الشاملة في زيادة كفاءة الأداء.

الفصل الثاني
المبحث الأول
النتائج Finding

تهدف هذه الدراسة لمعرفة أثر الدوافع على تحقيق الجودة الشاملة في المستشـــفيات الخاصة والعامة السودانية والتأكد من أن جميع المستشفيات الخاصة والعامـــة تســـعى لتطبيق مفهوم ضبط الجودة الشاملة من أجل الحصول على خدمة متميزة للمرضـــى. كما تهدف للتعرف إلى أن المدير الإداري يتمتع بالكفاءة والفعالية **Effectivness & Efficiency** ويستطيع أن يضع معايير الأداء والجودة بالمستشفى وذلك عـــن طريق الرقابة لقياس أداء العاملين الفعلي في إنجاز الأعمال بأفضل الوسائل حتى ينـــال العامل ما يحقق له من أجر أو ترقية أو زيادة في الأجور المادية والمعنوية مما يساعد على رفع مستوى الجودة المطلوبةلدى المنشأة ويؤدي إلى تخفيض شكاوى العملاء.

وقد سارت خطوات الدراسة على النحو التالي:

أولا: المقدمة، وقد إشتملت على مشكلة الدراسة، أهدافها، أهمتها، أسئلتها، مجتمعها، حدودها وعينة الدراسة ومنهجيتها وفرضياتها وتعريفها ومصطلحاتها. بحيـــث تميـــزت مشكلة الدراسة بتوضيح أهمية رضى العاملين. والعمل على إيجاد الحلول للمشـــاكل التي تحدث أحياناً بين الرئيس المباشر والعاملين مما يؤثر سلباً علـــى مســـتى أدائهـــم وتعاوهم معه. ويءثر أيضاً على مستوى الأداء العام للمنشأة.

ثانياً: الدراسة الميدانية: والتي تبلورت في عدة محاور على نسق الخطـــوات الإجرائيـــة التالية:

1- حصر مجتمع الدراسة.
2- إختبار عينة الدراسة ومنهجها وأسلوبها.
3- إجراء المعالجة الإحصائية.
4- تحليل البيانات واستخلاص النتائج.

ثالثاً: الإطار النظري: والذي إحتوى على نظريات متعـددة لمفهـوم الجودةالشـاملة والآيزو (ISO) وسلسلة المواصفات القياسـية ISO9000 والفـرق بـين إدارة الجودة الشاملة ونظام الجودة العالمي. بالإضافة إلى أثر الدوافع على تحقيـق الجـودة الشاملة، والجودة الشاملة من منظور النظرية البيروقراطية. بجانب توضيح أثر مفهـوم الجودة الشاملة في زيادة كفاءة الأداء في المستشفيات العامة والخاصة للفترة 1995 - 2002م، وكيف يمكن أن يكون التقييم أداة تطوير للأداء في المؤسسات. والتطـور الإداري، وإجراءات الرقابة على الجودة والوسائل الإحصائية لمراقبة الجـودة وأهميـة المركزية واللامركزية في العمل الإداري وتوزيع الدواء.

وتعميقاً لفهم أطر الدراسة جاءت نظريات الطب عبر العصور، والمفهـوم الحـالي للمستشفى الحديث لتضفي نوعاً من الأهمية المطلوبة. كم تم توضيح كيفية التمويـل للمستشفيات العامة واخاصة وأهداف السياسة المالية ومصادر تمويل المنظمات الصحية والطبية. أما الدراسات السابقة فهي نظريات لباحثين أظهت أوجه الشبه والتميز بـين الدراسة الحالية والدراسات السابقة.

رابعاً: دراسة الحالة: والتي إشتملت على بداية الخدمات الصحية قبل الإسـتقلال في عهـد الإدارة البريطانيـة ومجـال الصـحة العامةوالوقائيـة والتسلسـل الإداري والإستراتيجية المستقبلية للمستشفيات بالسودان. ونظم المعلومات الإدارية المستخدمة في المستشفيات العامة والخاصة في السودان، بالإضافة للهيكل التتنظيمي للمستشفيات السودانية.

وقد أبرزت هذه الدراسة النتائج الآتية:

تبين من الإطار النظري أن هنالك عدد كثير من الباحثين قد إهـتم بالكتابـة في الجودة الشاملة، الأداء الوظيفي، الرضا الوظيفي، التـدريب، الحـوافز، جـودة الإنتاج والإنتاجية، التنظيم، الهيكل التنظيمي والسلوك التنظيمي.

ومن العلماء الباحثين الذين كتبوا في الجودة الشاملة ديمنج والذي أشـــار بـــأن "الجودة هي المطابقة للإحتياجات"، وأيضاً العالم كرسبي وقد ذكر بأن " الجودة هي مسئولية كل فرد في التنظيم".

بينما ذكر الباحث عبدالغفور يونس عن أهمية تفويض السلطة والمسئولية والمشاكل التي تحدث عن الإختصاصات الوظيفية.

وهنالك نظريات إهتمت بالرضا الوظيفي كنظريات هنـــري لـــورنس جانيـــت وروبرات أوين.

أما هانجتون أميرسون فقد سعى لتنشيط وتوضيح أسس الإدارة العلمية في قطـــاع الأعمال.

هنالك نظيرات أوضحت أثر الدوافع على تحقيق الجودة الشاملة، كنظرية د. على الشرقاوي والتي إعتمدت على معينات القيس العلميـــة بالتحليـــل الإحصـــائي للإنحرافات والمعايير لتحديد أماكن الضعف حتى يتمكن المسئولين مـــن تصـــحيح الأخطاء في الوقت المناسب.

أيضاً نظريات الدوافع : وهي من النظريات التي بينت رغبات ومشاعر الإنســـان العامل. وقد ذكر الباحث: مهدي زويلف أن نظرية العلاقات الإنسانية: قامـــت على أهمية فهم طبائع وتصرفات العاملين وتوجهات رغباتهم وميولهم والعمل على خلق قناة تواصل بين العمال والإدراة من أجل تحقيق أهداف المنظمة والأهـــداف المشتركة.

لقد صار موضوع أثرالدوافع على تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة والعامة موضع إهتمام الدول العربية والإفريقية وخاصة الدول المتقدمة. وذلـــك نتيجة لتطور إيجابيات العولمة والذي أدى إلى إنفتاح سوق العمل وبالتالي المعاملات الإستثمارية، وإزدياد روح المنافسة بين الشركات والمؤسسات والمنظمـــات ممـــا يتطلب من المستشفيات السودانية العامة والخاصة ترسيخ تطبيق مفاهيم ومبـــادئ

الجودة الشاملة، تطلعاً لإشباع رغبة العاملين وكسب رضا العملاء بالمستشـــفيات السودانية.

نتج من خلال تحليل بيانات الدراسة ما يلي:

- تطبيقا لمسار الجودة الشاملة أن الرقابة تعمل عل حماية المستشفيات من الأخطار قيد الحدوث وتعمل أيضاً على حل المشاكل بعد إكتشافها، ويمكن لمـــدير المستشـــفى أن يمارس الرقابة المتكررة بحيث يكون هنالك معيار لقيـــاس أداء ا لأفـــراد لتصـــحيح الإنحرافات.

- تبني المستشفيات السودانية لأسلوب التغيير بإدخال التقنيات الحديثـــة وتـــدريب العاملين. وتطبيق الأجر المتكافيء للوظيفة منعاً لهجرة الكوادر المؤهلة خارج القطر.

- تنشأ المستشفيات لتقديم خدمات علاجية للمجتمع، حيث أن وجود مجتمع متعـــافي من الأمراض يعتبر معياراً لنمو الإقتصاد الوطني بسواعد قوية وإستمرارية طرح أفكار تنموية متقدمة. ولتطبيق هذه الفكرة تستطيع وزارة الصحة توفير العلاج (بدون أجر) بمعيار خاص لشريحة الطلاب والموظفين والعمال.

- أثبتت الدراسة أن مستوى تطبيق الجودة الشاملة يتراوح بين مســـتويات قنـــوات العمل خاصة في القطاع الخاص وهي الإهتمام أولاً بالمريض (العميل) ثم ثانياً بالكوادر الطبية المختلفة.

- أيضاً أثبتت الدراسة أن هنالك مناخاً ملائماً لتطبيق أساليب ضبط الجودة ونظـــام إدارة الجودة الشاملة على المستشفيات السودانية. وبالتالي تأتي أهمية تطبيـــق الأيـــزو (ISO9000) لكي تصبح خدمات المستشفيات السودانية مطابقـــة للمواصـــفات العالمية كماً وكيفاً. وتعمل على قيام فلسفات جديدة تهدف إلى تحسين المنتج والخدمة.

تميزت النتائج بأنها جاءت من خلال نماذج أسئلة الدراسة والفرضيات وتبلـــورت بمعطيات متقدمة على النحو التالي:

- أهمية معرفة أثرالدوافع في تحقيق الجودة الشــاملة في المستشــفيات العامــة والخاصة في السودان.
- التميز في إرضاء العميل ويرتبط بمحورين:
  أ- الإستفادة التي حصل عليها من شرائه للخدمة أو السلعة .
  ب- قيمة التضحية الناتجة من أجل الحصول على المنفعة.
- التميز في تدريب الأطباء والعاملين بالقطاع الطبي بمــنحهم القــدرة علــى تطويرالأداء بكفاءة وفعالية.

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الأسلوب الذي تنتهجــه إدارة المستشــفيات العامــة والخاصة له تأثير إيجابي على رضا العاملين بحيث أصبح الإهتمام بتحسين الوضع المــالي والإداري والصحي وأثر الدوافع والحوافز كسب رضا العملاء والعاملين، يمثل الهدف الأول لوزارة الصحة لا سيما فقد أصبحت التكنولوجيا والمنافسة العالمية للمؤسسات الشبيهة. وتقنيات العولمة، تعمل كأداة ضغط على المسئولين ومــدراء المستشــفيات العامةوالخاصة لتغيير وتحسين قدرة المستشفيات على المنافسة ســعياً لزيــادة العطــاء والإنتاجية بواسطة إتباع الأسلوب الأمثل لإستخدام المواردالبشرية والمالية والمعلوماتية والمادية.

المبحث الثاني
التوصيات والمقترحات

*** التوصيات:**

بناءاً على النتائج التي توصلت إليها الدارسة في دراستها، توصي بالآتي:

1- **الإهتمام بالأهداف القياسية لمفهو الجودةالشاملة بالمستشـــفيات العامـــة والخاصة بالسودان وتطبيقها إدارياً.**

2- **ضرورة إهتمام المستشفيات العامة بالكوادر الطبية المختلفة من أجل إرضا العاملين .**

3- **الإرتقاء بإدخال التقنية الحديثة وتعميمها على جميع المستشفيات العامـــة بالسودان لتقديم خدمة تعمل على مسار الجودةالشاملة.**

4- **إثراء البحث العلمي من أجـــل خلـــق أطبـــاء متخصصـــين متميـــزين بالمستشفيات العامة والخاصة.**

5- **ضرورة الإهتمام بتدريب العاملين بالمستشفيات العامة داخـــل وخـــارج القطر لتبادل الخبرات في مجال الطب.**

6- **التنسيق بين المستشفيات العامة والخاصة في مجال العمل الطبي في كيفيـــة الإرتقاء باساليب تطبيق مضمون الجودة الشاملة.**

*** المقترحات:**

مقترحات لبحوث مستقبلية:

1- أسلوب ضبط الجودة معبر للإرتقاء بخدمة عملاء المستشفيات (المرضى).

2- مقارنة بين إجراءات العمل الإداري بالمستشفيات السودانية وبقية أقطار الوطن العربي والإفريقي.

3- الوسائل التحليلية الإحصائية المستخدمة لقياس المركزية وللامركزية في توزيع الدواء على المستشفيات العامة السودانية.

4- دور التكنولوجيا المتطورة في رفع كفاءة وفعالية وأداء مديري المستشفيات العامة الخاصة.

5- نظام إدارة الجودة الشاملة، معيار قياسي لأداء إدارة الموارد البشرية.

6- وضع مقياس لتحديد الإنحرافات والإختلافات بالمستشفيات الخاصة باعتماد الرقابة الحديثة للجودة كحل لمشاكلها.

المراجع العربية والمراجع الأجنبية

المراجع العربية:

1 - ابن الجوزي، أبي الفرج عبدالرحمن، كتاب الأذكياء، ط 4، بيروت، دار الوفاق الجديدة، 1400هـ/ 1980م، ص ص 168 ، 169.

2 - أحمد حسين رشيد ويوسف محمد عبيدان، إدارة شئون الموظفين، قطر 1986م، ص 171.

3 - إسماعيل محمد السيد، الإدارة الإستراتيجية، 1990م.

4 - الأمم المتحدة الإنمائي UNDP: تقرير التنمية البشرية لعام 2000م، المطبعةالشرقية، البحرين 2000م، ص 142.

5 - بروكوبنكو، إدارة الإنتاجية، منظمة العمل العربية، 1998م.

6 - البنك السعودي البريطاني، ملامح الإقتصاد السعودي لعام 2001.

7 - توفيق محمد عبدالمحسن، مراقبة الجودة، مدخل الجودة الشاملة و أيزو 9000، الزقازيق، دار الفكر، 2001 – 2002، ص ص 14 ، 74 ، 75 ، 78.

8 - حسن أحمد توفيق، **الإدارة العامة**، 1966م.

9 - حسن خليفة سليمان، برنامج السكرتارية التنفيذية وإدارة المكاتب، القاهرة، منظمة الدعوة الإسلامية، (د.ن). ص 126.

10 - حسن الزبير، لقاء حكي فيه ما شاهده من والده الذي كان يعمل بمستشفى كسلا ومحطة مسمار بمديرية كسلا، الخرطوم 2003م.

11 - حسن محمد الشيخ ، الإدارة بين يديك للمدراء ورجال الأعمال، 1413هـ/ 1992م.

12 - حسين عمار، إدارة شئون الموظفين، المباديء والأسس العامة والتطبيقات في المملكة العربية السعودية، (د.ت) ، شوال 1380هـ/ 1961م، ص 217.

13 - الخرساني، حسن محمد نذير، 1990، ص ص 25، 34 ، 35.

14 - خضير كاظم محمود وسلطان أبو تايه، ص 28 – 31.

15 - خليل فهد سيباني، المفاوضات والإتفاقيات، (بدون).
16 - السلطي، مأمون، التعرف على عائلة المواصفات القياسية ISO 9000، مجلة الجودة، العدد (4)، دمشق، المعهد العالي للعلوم التطبيقيـــة والتكنولوجيـــة، 1996م، ص 18.
17 - السيد عبده ناجي، الإدارة العامة، مدخل إداري، ط 3 ، القاهرة، دار النهضة العربية، 1411هـ/1981م، ص ص 46 – 47.
18 - شحادة الخوري، تكنولوجيا المعلومات على أعتاب القرن الحادي والعشرون، 1998.
19 - صالح التوم، لقاء مع صالح التوم مساعد طبي مستشفى الخرطوم، 2003م.
20 - صلاح الدين عبدالباقي، إدارة الأفراد، مطـــابع المعمـــورة، 2001م، ص ص 261 – 263.
21 - عبدالله أحمد، الدليل الشامل لأساسيات الحاسوب والمعلوماتية، دمشق، جدار الرضا للنشر، 1999م، ص ص 216، 217، 223.
22 - عبدالحميد الخطيب، سيرة ولد آدم تائية الخطيب، 1406هـ/1986م.
23 - عبدالمجيد عفيفي، التأصيلالعلمي والواقع العلمي.
24 - عبدالغفور يونس، نظريات التنظيم والإدارة، الإسكندرية، المكتـــب العـــربي الحديث، 1997م، ص ص 10، 13، 14، 30، 119، 258، 273.
25 - على السلمي، إدارة الجودةالشاملة ومتطلبات التأهيل للأيزو 9000، القاهرة، دار غريب، 1990م، ص ص 33 – 36، 10 ، 9.
26 - علي الشرقاوي، وظائف منشأة إدارة الأعمال، الاسكندرية، دار الجامعـــات، 1979م، ص ص 151 ، 152 ، 179 ، 180.
27 - علي عباس حبيب، الإدة العامة المدخل للعلوم الإدارية، ط 1 ، القاهرة، مكتبة مدبولي، 1963م، ص ص 34 ، 47.
28 - فريد راغب، إدارة الأعمال في الأنظمة الصحية والطبيـــة، ط 2 ، القـــاهرة، النهضة العربية 1981م، ص 212.

29 - فريد محمد راغب النجار، إدارة المستشفيات والمنظمات الصحية مدخل للإدارة بالأنظمة المتوازية، ط 2، القاهرة، دار النهضة العربية 1981م، ص ص 34 ، 43 ، 301.

30 - كيثمان، رونالد إدارة الجودة الهندسية الشاملة، ترجمة عادل بليل، القاهرة، المكتبة الأكاديمية، 1994م، ص 29 ، 30 ، 31.

31 - لويس معلوف، المنجد في اللغة، ط 9، المطبعة الكاثوليكية، بيروت 1915م، ص 109.

32 - مأمون الدرادكة وطارق الشبلي، الجودة في المنظمات الحديثة، ط 1 عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع، 1422هـ 2002م، ص 229 – 230.

33 - محجوب محمد صالح، نشأة وتطور القوة الحديثة، 1999م.

34 - محمد عبدالرحمن مرحبا، المرجع في تاريخ العلوم عند العرب، دار العودة، بيروت 1978م، ص ص 83 ، 84 ، 86.

35 - محمد عبدالمنعم عفر، السياسات المالية والنقدية ومدى إمكانية الأخذ بها في الإقتصاد الإسلامي، القاهرة، مطابع الاتحاد الدولي للبنوك الاسلامية، 1999م، ص 4 – 6.

36 - محمد علي الطويل، الإدارة المعاصرة، المداخل المشاكل الكفاءة، القاهرة ، دار الفرجاني، 1997م، ص 38.

37 - محمد محمود، تقرير إجتماع الخبراء، مراجعة أميرة عبدالمنعم البسيوني، بروكسل، 11 -15 ديسمبر (كانون الأول) 1989م، ص 35.

38 - محمد مرعي محمد، أسس الموارد البشرية "النظرية والتطبيق"، سوريا دار الرضا للنشر، تموز 1999م، ص 341.

39 - محمد مصطفى الخشروم ود. نبيل محمد موسى، إدارة الأعمال، ط 2، الرياض، مكتبة الشقري، 1998م، ص ص 254 – 256.

40 - محمود سلامة عبد القادر، الضبط المتكامل لجودة الإنتاج، (.. بدون).

41 - معهد الإدارة العامة، مجلة السودان للإدارة والتنمية، الخرطوم 1969م.

42 - المعهد العالي للإعلام والإتصال، الإتصال والتنمية في المجتمع القروي.

43 - المنظمة العربية للتنمية الإدارية، تقرير إجتماع الخبراء، دائرة التعـــاون الفـــني للتنمية بالامم المتحدة، ترجمة علي عبدالهادب مسلم، بروكســـل، 11 – 15 ديسمبر (كانون الأول) 1989م، ص 35.

44 - منى الجنيدي، الإعلان، 1999م.

45 - مهدي حسن زويلف، إدارة الأفراد من منظور كمي والعلاقـــات الإنســـانية، عمان – الأردن، دار مجدلان، 1993م، ص ص 61 ، 62 ، 279 ، 280.

46 - ميمونة ميرغني حمزة، صادرات السودان في الربع الأول من القرن العشـــرين، 1999م.

47 - وزارة التربية والتعليم، مجلة رسالة المعلم، لبنان 1423هـــ.

المراجع الأجنبية:

1- **Burbidge, J.L., The Principles of Productuion Control, R, ed, Great Britain. Macdonald & Evan, 1971. p.89.**
2- **Ellis, Janice R., Nursing in Today's World in Challenges Issues and Trends, 4^{th}, Copyright and Network , 1992, p. 276, 277, 278.**
3- **Fadlalla Ali f., Development Administration in the Sudan, 2002.**
4- **Fadlalla Ali f., Development Administration in the Sudan, Issues Challenges & options, Sudan, 2002, p.83.**
5- **Jameel Mhamad Khader, Inernational Marketing Management, 1^{st} edition, Jordan: 2002, p.24.**
6- **Harmon, p.8, other, Developing E-Business Systems and Architectures, A Mnanger's Guidel by P.M, M.R Q Michael G. USA: 2001 p.x.**

7- **Higkok, Robert j. PHYsical Therapy Administration and Management, 2nd edition, USA: 1982, p.8.**
8- **Maurer, H.M., Behavior of the Big Corporation, New York: 1955, p.244.**
9- **Sudan Alamanc, Medicine and Public Health, p.163.**
10- **Spiegle Murray R., Theory & Problems of Advanced Calculus, Si (metric) ed. C, Madrid 1981, p.3.**
11- **Warland Jean, High Performance Communication Networks, provin, 2nd edition, USA: 2000, p.48.**
12- **Ways Max, The Future of Business, 1979.**
13- **Wholey Jaseph S., Improving Government Performance Jossey- Bass publisher.**

****